

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA EL AREA DE FACTURACION DEL HOSPITAL
REGIONAL DE SOGAMOSO**

CARLOS FERNEY ARIAS BELLO

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

UPTC SECCIONAL SOGAMOSO

PROGRAMA DE CONTADURIA PÚBLICA

2017

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA EL AREA DE FACTURACION DEL HOSPITAL
REGIONAL DE SOGAMOSO**

AUTOR CARLOS FERNEY ARIAS BELLO

**TRABAJO DE GRADO PRÁCTICA EMPRESARIAL PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO
DE: CONTADOR PÚBLICO**

**DIRIGIDO POR
JOHN DANILO PEDRAZA
DOCENTE
CONTADOR PÚBLICO**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
UPTC SECCIONAL SOGAMOSO
PROGRAMA DE CONTADURIA PÚBLICA
SOGAMOSO**

2017

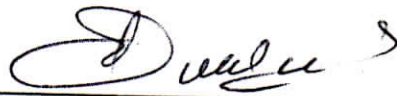
Nota de Aceptación



Presidente del Jurado



Jurado



Jurado

DEDICATORIA

En este día tan importante para mí quiero agradecerle principalmente a Dios que me dio fuerzas cada día para continuar y así alcanzar este logro tan importante.

A mis padres, Carlos Arias y Mariela Bello, que me apoyaron incondicionalmente para que yo pudiera lograr mis objetivos, y que mediante consejos y buen ejemplo forjaron de mí una persona con grandes metas y ambiciones.

Gracias a todas las personas que directa e indirectamente fueron parte de mi vida y me ayudaron a alcanzar este logro tan importante.

Carlos Ferney Arias Bello

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo queremos agradecerle a JHON DANILO PEDRAZA, Contador Público, Docente de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y director de este proyecto, por habernos brindado su ayuda y conocimientos en este proceso tan importante para nosotros. Solo nos queda agradecerle.

A todo el cuerpo de docentes de la Escuela de Contaduría Pública, que fueron parte de nuestro proceso de formación durante estos años, Muchas Gracias.

Y por último, pero no menos importante, queremos agradecerle a nuestra alma mater, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia por contribuir a nuestro futuro brindarnos educación de alta calidad, Gracias.

Tabla de contenido

Tabla de contenido	1
1. INTRODUCCION	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
4. MARCO REFERENCIAL.....	7
4.1. Marco teórico.....	7
4.1.1. Teoría general de sistemas	7
4.1.1.1. Teoría de calidad	8
4.1.1.2. . Sistema de Gestión de la Calidad	9
4.1.1.3. ISO 9001	10
4.1.1.4. Sector salud Colombia.....	10
4.1.1.5. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	11
4.2. Marco conceptual.....	13
4.2.1. Facturación en los Servicios de Salud.....	13
4.2.2. Modalidades de las Contrataciones.....	14
4.2.3. Requerimientos de la factura.....	14
4.2.4. Cuentas médicas.....	14
4.2.5. Soportes de la factura	14
4.2.6. Proceso de revisión a la factura.....	16
4.2.6.1. ASPECTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS.....	16
4.2.6.2. ASPECTOS DE AUDITORÍA MÉDICA.....	16
4.2.6.3. Tipos de auditoria.....	16
4.2.6.4. Glosas.....	17
4.2.6.5. Presentación de glosas:.....	18
4.2.6.6. Corrección o aclaración de glosas:	19
4.2.6.7. Evaluación de las glosas:	19
4.2.6.8. Respuesta a glosas:.....	20
4.3. MARCO LEGAL	20
4.3.1. Resolución 1995 de 1999	20
4.3.2. Decreto 1011 de 2006	20
4.3.3. Ley 1122 de 2007	20

4.3.4.	Ley 1164 de 2007	21
4.3.5.	Decreto 4747 del 2007	21
4.3.6.	Resolución 3047 del 2008	21
4.3.7.	Circular 02 de 2009	21
4.3.8.	Manual Único de Procedimientos de Facturación.....	21
4.3.9.	Resolución 019 de 2016.....	21
4.3.10.	Acuerdo 029 de 2011	22
4.3.11.	Resolución 1446 de 2015	22
4.3.12.	Resolución 5426 de 2014	22
4.3.13.	Resolución número 5521 de 2013	22
5.	METODOLOGÍA.....	23
5.1.	DEFINICIÓN DEL MÉTODO.	23
6.	DESARROLLO DEL PROYECTO.....	25
6.1.	Definición de estándares a diagnosticar aplicables en el área de facturación.	25
6.1.1.	Contexto de la organización.....	25
6.1.1.1.	Comprensión de la organización y de su contexto.....	25
6.1.1.2.	Contexto interno:.....	25
6.1.1.3.	Contexto externo:.....	26
6.1.1.4.	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	28
6.1.2.	Determinar el alcance del sistema de gestión de calidad.	28
6.1.3.	Identificar las funciones actuales de los responsables, funcionarios y autoridades. .	29
6.1.4.	Identificar las fallas y fortalezas.....	30
6.1.4.1.	Clasificar las fallas en áreas comunes.	31
6.1.4.2.	Clasificar las fortalezas en áreas comunes.	32
6.1.5.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.....	35
6.1.5.1.	Análisis de devoluciones	35
6.1.5.2.	Detectar la principales causas de la fallas y de la vulnerabilidad de las fortalezas.	41
6.1.5.3.	CONCLUSION DEL ANÁLISIS.....	47
6.2.	ELABORACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA LOS PROCESOS EN EL AREA DE FACTURACION.	48
6.2.1.	Planificación para el sistema de gestión de calidad para el área de facturación.....	48
6.2.1.1.	Estructura organizativa del proyecto.....	48
6.2.1.2.	Plan detallado.	49
6.2.1.3.	Cronograma general	51
6.2.1.4.	Plan de Comunicación.....	52

6.2.2.	DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	54
6.2.2.1.	Identificación de procesos.....	54
3.1.1.1.	6.4.2.1.1. MAPA DE PROCESOS	55
6.2.2.2.	MATRIZ DE CARACTERIZACION DE PROCESOS.....	56
6.2.2.3.	POLITICA DE CALIDAD	70
6.2.2.4.	LOS OBJETIVOS DE CALIDAD.....	71
6.2.2.5.	DOCUMENTACION DE PROCESOS	73
6.2.2.5.1.	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.....	73
6.2.2.5.2.	INSTRUCTIVO DE PROCESOS.....	85
6.2.2.5.2.1.	Gestión estratégica c.35	85
6.2.2.5.2.2.	Cargue de factura, soportes de facturas y armado de factura. C.36.....	87
6.2.2.5.2.3.	Auditoria de facturación c.37.....	90
6.2.2.5.2.4.	Armado de cuentas c.38.....	93
6.2.2.5.2.5.	RIPS dé cuenta de cobro c.39.....	104
6.2.2.5.2.6.	Proceso de gestión de supervisión y coordinación.....	107
6.2.2.5.2.7.	Proceso de gestión tecnológica e informática.	110
6.2.2.5.2.8.	Gestión de recursos c.42	112
6.2.2.5.2.9.	Gestión del Talento Humano c.43	114
6.2.2.5.2.10.	Proceso de evaluación c.44.....	116
7.	CONCLUSIONES.....	119
8.	BIBLIOGRAFIA.....	120

1. INTRODUCCION

Este documento muestra el análisis requerido para el diseño de un sistema de calidad, el área de Facturación del Hospital Regional De Sogamoso presenta dificultades con la facturación en diferentes ámbitos que causan un déficit financiero por la constante devolución de facturas y glosas de estas.

Por lo tanto se establecen los objetivos como base para el desarrollo de diseño del sistema de gestión de calidad como solución para el problema encontrado, se estable un marco en cuanto este diseño donde se especifican conceptos claves y a su vez nos enmarca en normas necesarias y materiales como la ISO 9001, el marco legal para la facturación de salud en Colombia después de haberse enmarcado los parámetros del proyecto se una metodología para el desarrollo del proyecto y se empieza a ejecutar definiendo concepto básico claves y la definición de estándares a diagnosticar partiendo de la contextualización del Hospital Regional de Sogamoso analizando el contexto interno y externo y de esto comprender la necesidades; el sistema tiene un alcance relacionado con facturación que es objeto del diseño del sistema de gestión de calidad mediante una auditoria se identifican fortalezas y amenazas de dos maneras uno por ambiente laboral y otro por medio de glosas y devoluciones de factura dando origen a resultados que son analizados para la detección de la principales causas de las fallas en cuanto a la facturación; y este siendo el punto de partida para el diseño del sistema de gestión de calidad, primero planeando el sistema de gestión de calidad en donde se encuentra la estructura organizativa del proyecto, el plan detallado, el cronograma general y el plan de comunicación, segundo y objeto del proyecto es el diseño que parte de la identificación de procesos, caracterizándolos por medio de una matriz, respondiendo al diseño se estableció la política de calidad, al igual que sus objetivos de calidad y como salida tenemos la documentación, que es lo que tiene que ver manual de calidad, manual de procedimientos, instructivo de procesos y la sugerencia de formato para llevar los registros de cada proceso para cada indicador respectivamente y esto sería las fases anteriores a la implementación de sistema de gestión de calidad. Orientando el proyecto a la solución del problema mencionado al inicio en el área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso.

2. JUSTIFICACIÓN

La norma ISO 9001 como la base del sistema de gestión de la calidad, que se centra en todos los elementos de administración de calidad, con los que una empresa debe contar, para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos y/o servicios. Debido a las exigencias que impone la norma ISO 9001, las organizaciones suelen ver que el sector administrativo se involucra más en el sistema de administración de calidad. Una vez implementado el sistema, la organización debe centrarse en el cumplimiento de los objetivos de calidad. La administración recibe información de manera constante, de modo que puede ver los progresos (o la falta de progresos) hacia el cumplimiento de los objetivos, lo que le permitirá tomar las medidas apropiadas. Luego, se lleva a cabo el proceso de evaluación organizado y se implementa un mecanismo de supervisión del desempeño, teniendo en cuenta los objetivos. De este modo, es posible tomar las medidas necesarias de acuerdo con los resultados.

De acuerdo a esto es necesario un sistema de gestión de calidad, ya que actualmente se vienen presentando cambios en la normatividad del sector salud, que afectan la facturación y por ende la cartera. La salud como ápice fundamental de la sociedad es importante tener atención sobre ella, partiendo de que como contador público, debemos servir a la sociedad, de ello se puede inferir de que cualquier problema de tipo financiero que competa al contador como profesional integral debe ser tratado y más cuando hacen parte y base fundamental de la contabilidad, como lo es facturación para cartera en el HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO. Así entendiendo que una glosa y una devolución de factura, genera un menor ingreso, formando una menor ganancia, lo cual hace que no haya desarrollo y crecimiento de la entidad; que es necesaria para un mayor y mejor servicio de salud, que contribuya al bienestar de la sociedad. De la eficiencia y eficacia de los procesos de la entidad depende la rapidez de pago de las cuentas de cobro por parte de las EPS. Este plan de mejora está dirigido en principio a encontrar el problema o problemas que causan la devolución constante y en considerable cantidad, ya sea de factura individual o en su totalidad como una cuenta de cobro (cantidad total de facturas del mes), lo cual permitirá ver sus impactos.

Los resultados obtenidos permitirán realizar el control y ajustes al área de facturación a partir del sistema de gestión de calidad (ISO 9001), para así el mejor funcionamiento del hospital y por ende beneficiando a la sociedad.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un sistema de gestión de calidad basándose en la norma de sistemas gestión de calidad ISO 9001 para el proceso de facturación, para el HOPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO.

3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diagnosticar problemas que impiden la correcta ejecución del proceso de facturación y sus soportes adecuados encontrando los orígenes del problema de las glosas.
- caracterizar la importancia que tiene la normatividad en la cuentas de cobro de las facturas para la entidades entendiéndolo como base de las devoluciones o glosas.
- Diseñar un sistema de gestión de calidad para el área de facturación del Hospital.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. Marco teórico

4.1.1. Teoría general de sistemas

La teoría de sistemas (TS) es un ramo específico de la teoría general de sistemas (TGS). La TGS surgió con los trabajos del alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968. La TGS no busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero sí producir teorías y formulaciones conceptuales que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad empírica.¹

Los supuestos básicos de la TGS son:

Existe una nítida tendencia hacia la integración de diversas ciencias naturales y sociales. Esa integración parece orientarse rumbo a una teoría de sistemas.

Dicha teoría de sistemas puede ser una manera más amplia de estudiar los campos no-físicos del conocimiento científico, especialmente en ciencias sociales.

Con esa teoría de los sistemas, al desarrollar principios unificadores que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, nos aproximamos al objetivo de la unidad de la ciencia.

Esto puede generar una integración muy necesaria en la educación científica.

La TGS afirma que las propiedades de los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados; su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente.

La TGS se fundamenta en tres premisas básicas:

Los sistemas existen dentro de sistemas: cada sistema existe dentro de otro más grande.

Los sistemas son abiertos: es consecuencia del anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía.

El interés de la TGS, son las características y parámetros que establece para todos los sistemas. Aplicada a la administración la TS, la empresa se ve como una estructura que

¹ Ludwig von Bertalanffy, La teoría de sistemas (TS), (1950 y 1968)

se reproduce y se visualiza a través de un sistema de toma de decisiones, tanto individual como colectivamente.

Desde un punto de vista histórico, se verifica que:

La teoría de la administración científica usó el concepto de sistema hombre-máquina, pero se limitó al nivel de trabajo fabril.

La teoría de las relaciones humanas amplió el enfoque hombre-máquina a las relaciones entre las personas dentro de la organización. Provocó una profunda revisión de criterios y técnicas gerenciales.

La teoría estructuralista concibe la empresa como un sistema social, reconociendo que hay tanto un sistema formal como uno informal dentro de un sistema total integrado.

La teoría del comportamiento trajo la teoría de la decisión, donde la empresa se ve como un sistema de decisiones, ya que todos los participantes de la empresa toman decisiones dentro de una maraña de relaciones de intercambio, que caracterizan al comportamiento organizacional.

Después de la segunda guerra mundial, a través de la teoría matemática se aplicó la investigación operacional, para la resolución de problemas grandes y complejos con muchas variables.

La teoría de colas fue profundizada y se formularon modelos para situaciones típicas de prestación de servicios, en los que es necesario programar la cantidad óptima de servidores para una esperada afluencia de clientes.

Las teorías tradicionales han visto la organización humana como un sistema cerrado. Eso ha llevado a no tener en cuenta el ambiente, provocando poco desarrollo y comprensión de la retroalimentación (feedback), básica para sobrevivir.

4.1.1.1. Teoría de calidad

El concepto de administración por calidad total (TQM por sus siglas en inglés) se ha convertido en el pilar fundamental de las empresas para enfrentar el reto del cambio de paradigma en la forma de hacer negocios. Todo este proceso de constantes cambios empezó a tomar importancia al término de la Segunda Guerra Mundial y, en forma curiosa, son los países más directamente involucrados en ese conflicto quienes hoy entablan una férrea lucha por dominar los mercados mundiales, además de que han generado el conocimiento más importante del que se dispone para la administración y operación de organizaciones altamente competitivas; Estados Unidos de América como

el gran triunfador de la guerra por un lado, y Japón como el gran perdedor, por el otro. Es en aquel país, y después en éste, por influencia estadounidense, donde se empezó agestar esta revolución de la calidad que ahora se ha esparcido por todo el planeta. En Estados Unidos, los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad total son: Philip B. Crosby, Edwards W. Deming, Armand V. Feigenbaum, Joseph M. Juran. En Japón encontramos como principales autores a: Kaoru Ishikawa, Shegeru Mizuno, La teoría de la calidad total no es un concepto completamente original en el campo de la administración de negocios, ya que tiene sus raíces en otros campos de esta área como: el desarrollo organizacional, las teorías de la motivación y comportamiento humano, la teoría del liderazgo, la administración científica, la cultura corporativa, el involucramiento de los empleados en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la organización matricial y muchos otros. Sin embargo, los principales autores en calidad total han tomado algunos de estos conceptos y los han integrado a otros aportados por ellos para crear lo que podríamos llamar la teoría de la calidad total.

4.1.1.2.. Sistema de Gestión de la Calidad

Una manera de definir un Sistema de Gestión de la Calidad, es descomponiendo cada una de sus palabras y definir las por separado:

Sistema: Conjunto de elementos que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objetos (Real Academia Española, 2001).²

Calidad: “cumplimiento de la especificaciones” (Crosby)³

“Grado en el que un conjunto de características inherente cumple con los requisitos” (ISO 9000)⁴

Gestión: Es la acción o efecto de hacer actividades para el logro de un negocio o un deseo cualquiera (Real Academia Española, 2001).⁵

De estas definiciones se puede concluir que un Sistema de Gestión de la Calidad son actividades empresariales, planificadas y controladas, que se realizan sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad.

Entre los elementos de un Sistema de Gestión de la Calidad, se encuentran los siguientes:

² Real Academia Española, definición de sistema, 2001

³ Philip Bavard "Phil" Crosby. doing it right the first time" DIRFT.

⁴ **ISO 9000**, conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO), 2015

⁵ Real Academia Española, definición de gestión, 2001.

- Estructura Organizacional
- Planificación (Estrategia)
- Recursos
- Procesos
- Procedimientos

4.1.1.3. ISO 9001

Un sistema de Gestión de Calidad ISO 9001 ayuda a controlar y gestionar de forma continua la calidad en todas sus operaciones. Como la norma de Gestión de Calidad más reconocida en todo el mundo, establece los métodos para obtener un desempeño y servicio constantes, al tiempo que sirve como índice de referencia. Con la norma ISO 9001 podrá establecer procesos que le permitan mejorar el modo en que trabaja a todos los niveles.

4.1.1.4. Sector salud Colombia

El proceso de calidad en el sector salud en Colombia debe ser un proceso continuo, haciendo los procesos contundentemente fundamentados desde la entrada hasta la salida, manteniendo un equipo de trabajo motivado con su contribución a la sociedad de igual forma bien informado, de esto siendo el pilar de los procesos en su ejecución desde la actualidad hasta el futuro viéndose afectada la entidad y sus usuarios.

El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde la base fundamental son los sistemas de información, adscribiéndose la historia clínica en el instrumento vital; ésta, de forma imparcial, manifiesta los cuidados prestados y los resultados logrados; de esta forma, el registro clínico es la primordial fuente de información y lazo de comunicación entre el paciente y los órganos del equipo de salud, convirtiéndose en una herramienta trascendental para la evaluación y medición de la calidad de los servicios de salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud en la actualidad se enfrentan a diferentes retos, por el cambio y desarrollo que ha tenido el sistema general de seguridad social en salud, siendo el vital la ampliación de la descentralización y que aportan como parte del cambio una unificación indirecta entre la dirección de las instituciones prestadoras de servicios salud y las entidades promotoras de servicios de salud, de este modo, los hospitales y clínicas están obligados a facilitar los servicios con oportunidad,

calidad y eficacia para tener un análisis integral hacia el paciente, pero de igual forma, las EPS están exigidas a administrar bien los recursos financieros y participar en la estimación de calidad de los servicios dados por las IPS.

Bajo este modelo de auto sostenimiento financiero, el sistema de salud está fragmentado en tres regímenes: Contributivo, subsidiado y vinculado

Con dos modalidades principales de pago, por capitación y los aportes por compensación o evento; ambos mediados por las EPS, quienes pagan a las IPS por sus servicios.

La Resolución 3047 del 2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007, tiene como objetivo estandarizar la normas para estos cobros y es allí donde se ha detectado una crisis que afecta cada día a más hospitales y que radica en la falta de procesos para los servicios de facturación; dando lugar a las glosas por parte de las entidades compradoras de servicios de salud sobre la instituciones prestadoras del servicio convirtiéndose en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera.

4.1.1.5.Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

- Características Del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):
 - La salud es un servicio público esencial y es responsabilidad del Gobierno Nacional, dirigirlo, orientarlo, regularlo, controlarlo y vigilarlo.
 - Todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados al sistema.
 - Todos los afiliados recibirán un plan integral de salud que se denomina Plan Obligatorio de Salud.
 - El recaudo de las cotizaciones lo hace el FOSYGA y delega esta responsabilidad en las EPS.

- Las EPS tienen a cargo la afiliación de los usuarios y tienen que garantizar la atención en salud de sus afiliados a través de las IPS o ESE.
- Por cada afiliado que tenga la EPS o la EPS-S recibirá una unidad de pago por capitación cada año (UPC).
- Los afiliados podrán elegir libremente la EPS o EPS-S a la cual quieran pertenecer, la IPS de la red de la EPS o EPS-S donde quieran ser atendidos y los profesionales de esa IPS que sean de su agrado.
- Los afiliados podrán conformar asociaciones o alianzas de usuarios y mediante ellas harán valer sus derechos ante las EPS y las IPS.
- Las IPS son las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados. Pueden ser oficiales, privadas, mixtas comunitarias y solidarias.
- El régimen subsidiado se creó para garantizar la afiliación de la población más pobre y vulnerable al SGSSS.
- El FOSYGA tiene por objeto garantizar a compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos de régimen contributivo, garantizar la solidaridad al interior del régimen subsidiado en el sistema, cubrir los riesgos catastróficos, los accidentes de tránsito y contribuir a financiar las actividades de promoción de la salud.
- El CNSSS es el máximo organismo de dirección del Sistema, sus disposiciones deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.
- Las EPS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados. Para servicios de alto costo y niveles II y III de atención se requiere un mínimo de semanas de cotización nunca mayor de 26.

4.2.Marco conceptual

4.2.1. Facturación en los Servicios de Salud

La factura es un instrumento legal que manifiesta la operación de un servicio que a usuarios se les presta o personas siendo esta un reconocimiento, valorización y liquidación de los procedimientos, diligencias y consumos facilitados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro, que formen ingresos con los cuales se financiará el ente.

De la misma manera es significativo en tanto es medio de información infra y extra institucional que favorece de esta forma la supervivencia o sostenibilidad, el crecimiento y la rentabilidad del prestador de servicios.

Procesos administrativos que sirven de apoyo a una correcta Facturación:

El proceso de facturación en una IPS, definido como aquella actividad en la cual intervienen personas jurídicas o naturales, que mediante una negociación se contrata un producto o un servicio, valorizándolo con el objeto de convertirlo en dinero, debe activarse al momento de un usuario solicitar un servicio, seguir con su atención y finalizar con el egreso de la institución. Para una correcta facturación se tiene como apoyo la norma y los servicios que se pactan en la contratación y acuerdo con la entidad responsable de pago y la institución.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los manuales tarifarios se han basado según el decreto 2423 de 1996, el cual cada año se van actualizando y son los llamados manuales tarifarios SOAT; por su parte, el Instituto de Seguros Sociales en el año 1999 creó el Manual Tarifario ISS el cual también ha servido de referencia para las relaciones contractuales entre Prestadores de Servicios y Entidades Responsables de Pago. Para facturar según la norma y como está pactado en cada uno de los contratos de la institución son:

- Manual tarifario ISS 2000 acuerdo número 209 de 1999 (28 de abril) por el cual se aprueba el “manual de tarifas”, para la compra y venta de servicios de salud. Con el manual tarifario ISS 2000 se factura teniendo en cuenta las respectivas UVR (unidad de valor relativo), mediante las cuales se obtienen los valores de los

servicios profesionales del cirujano, el anestesiólogo y el ayudante, y los demás ítems a tener en cuenta en un servicio hospitalario o ambulatorio.

- Manual tarifario SOAT (decreto 2923 de 1996), por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones. El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contemplan el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de acuerdo al SMDLV.

4.2.2. Modalidades de las Contrataciones

EVENTO: Es decir hay un pago por servicio o actividad que presta la IPS

CAPITACION: Es un pago que se realiza anticipado y que corresponde a una suma fija por persona durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecidos. La unidad de pago tiene una tarifa antes pactada empleada en función de las personas que necesitan la atención.

P.F.G.P.A.: Pago fijo global prospectivo por paciente atendido en actividades finales.

4.2.3. Requerimientos de la factura

- i. Información de la entidad o institución que expide la factura.
- ii. Razón social; NIT, dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo.
- iii. Información del paciente.
- iv. Descripción detallada de servicios prestados
- v. Firmas

4.2.4. Cuentas médicas

Proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.

4.2.5. Soportes de la factura

Según el procedimiento ejecutado por el prestador, se debe anexar:

Remisión, Referencia, Autorización de Servicios, fotocopia del carnet y cedula, Epicrisis, RIPS, hojas de descripción de procedimientos quirúrgicos, hojas de medicamentos, hojas de administración de líquidos, hoja de evolución de Enfermería, informe de procedimientos de apoyo diagnóstico como imagenología, laboratorios; entre otros.

Listados Estándares de Soportes de Facturas (Anexo Técnico No.5, Resolución 3047 De 2008):

- Listado Estándar De Soportes De Las Facturas Para El Mecanismo De Pago Por Caso, Conjunto Integral De Atenciones, Paquete O Grupo Relacionado Por Diagnóstico:
 - i. Factura o documento equivalente.
 - ii. Autorización.
 - iii. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
 - iv. Resumen de atención o epicrisis.
 - v. Descripción quirúrgica. Si aplica.
 - vi. Registro de anestesia. Si aplica.
 - vii. Comprobante de recibido del usuario.
 - viii. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
 - ix. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- Listado Estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por capitación:
 - i. Factura o documento equivalente.
 - ii. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y Oportunidad definida en el acuerdo de voluntades.
- En El Caso De Recobros Por Parte De Las Entidades Promotoras De Salud Del Régimen Contributivo, Los Soportes de Las Facturas Por Parte Del Prestador De Servicios Serán:
 - Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:
 - i. Factura o documento equivalente.

- ii. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- iii. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
- iv. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
- v. Original de la orden y/o fórmula médica.
- vi. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- vii. Autorización del Comité Técnico Científico.
- viii. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

4.2.6. Proceso de revisión a la factura

4.2.6.1. ASPECTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS

HISTORIA CLÍNICA:

- Completa: entendida como la que refleja claramente el proceso de atención.
- Incompleta: aquella que no cumple con todos los parámetros de atención.
- Inadecuada: es la que presenta inconsistencias en la atención, incoherencia, no hay letra legible, y al final no deja llegar a un proceso claro de atención.

4.2.6.2. ASPECTOS DE AUDITORÍA MÉDICA

- ADMISIÓN: Necesaria, De urgencia, Por remisión
- ESTANCIA: Adecuada, Insuficiente, Excesiva
- TRATAMIENTO: Adecuado, Inadecuado, Insuficiente, Excesivo, Inapropiado.
- APOYO DE IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIO: Adecuados, Insuficientes, Excesivos; Inapropiados.

4.2.6.3. Tipos de auditoria

- i. Auditoria Medica: Es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención medica de rutina que se ofrece a los pacientes. Está directamente relacionada con la evaluación y cambios de la práctica médica de rutina para mejorar los estándares.

- ii. Auditoria Clínica: Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.
- iii. Auditoría de Cuentas Médicas: Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continúa e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.
- iv. Auditoria Administrativa: Esta auditoría puede pertenecer al nivel estratégico o de generación de políticas, del nivel táctico o de definición de los métodos, o a nivel operacional o de aplicación de recursos.
- v. Auditoria Operativa: Determina la eficiencia de controles de operación, emite informes diagnósticos, presenta recomendaciones a la administración, preferiblemente conformada por un equipo multidisciplinario, presenta informes con hallazgos, problemas y recomendaciones. Puede ser interna o externa.
- vi. Auditoría Financiera: Es el examen objetivo sistemático de los estados financieros básicos tales como:
 - Balance general.
 - Estado de resultados
 - Estado de utilidades
 - Estado por flujo efectivo.

AUDITORIA INTERNA: Es aquella realizada por el personal que tienen dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARS, Municipios).

AUDITORIA EXTERNA: Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

4.2.6.4. Glosas

Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud; mientras que una devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por

prestación de servicios de salud encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causas de mayor presentación de glosas ante una factura son:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- Documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, como lo son los documentos tarjeta, cédula
- Errores en los cobros facturados ante lo pactado en el contrato como tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de la relación de pacientes
- Falta de documentos
- Prestación de servicios por fuera del POS sin realizaciones de CTC.
- Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.

4.2.6.5. Presentación de glosas:

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007. La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios. La empresa prestadora del servicio debe presentar un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento.

4.2.6.6. Corrección o aclaración de glosas:

En el momento que se reciben las glosas y son registradas, se procede a hacer un análisis para verificar las causas, con el fin de determinar a qué áreas, unidades o funcionarios deben remitirse para su solución y corrección o si se puede realizar la corrección dentro de la misma área de cartera. La distribución de la documentación aportada en la glosa, debe realizarse de manera inmediata, para que los diferentes responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido, garantizando el oportuno recaudo de la cartera. Estos deben ser reportados a la oficina de contabilidad quien efectuara su registro. Las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudora de control, en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanable.

4.2.6.7. Evaluación de las glosas:

Los funcionarios que se estipulen para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente.

Glosa pertinente: Corresponde a aquélla que es adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

Subsanable: Se enmienda completando la documentación o información requerida por parte de la entidad contratante, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.

No subsanable: Se informa a la entidad contratante, su aceptación.

Glosa no pertinente: Corresponde a aquélla que no se encuentra adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo. Las diferentes correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas de éstas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.

Registro contable de las glosas no pertinentes y subsanables: Cuando la entidad contratante acepta la respuesta de rechazo de la glosa por no ser pertinente o, siendo pertinente, la IPS da respuesta oportuna a las objeciones u observaciones.

4.2.6.8. Respuesta a glosas:

Todas las glosas generadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables. La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencian una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. Ante las respuestas realizadas a las diferentes glosas debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

4.3. MARCO LEGAL

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia se encuentra sustentado en un marco normativo; dentro de las normas más importantes que reglamentan el tema de la calidad, se citan las siguientes:

4.3.1. Resolución 1995 de 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

4.3.2. Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

4.3.3. Ley 1122 de 2007

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la

organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

4.3.4. Ley 1164 de 2007

Del objeto. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

4.3.5. Decreto 4747 del 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

4.3.6. Resolución 3047 del 2008

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

4.3.7. Circular 02 de 2009

Comisión nacional de precios de medicamentos

4.3.8. Manual Único de Procedimientos de Facturación

4.3.9. Resolución 019 de 2016

Mediante la cual se prescribe un sistema técnico de control para la factura electrónica acorde con el Decreto 2242 de 2015, se señalan los

procedimientos que deben agotar y los requisitos que deben cumplir los sujetos del ámbito de este decreto y se disponen otros aspectos en relación con la factura electrónica.

4.3.10. Acuerdo 029 de 2011

El presente Acuerdo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados. El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de estas entidades garantizará a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

4.3.11. Resolución 1446 de 2015

La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos para el trámite de reconocimiento y pago de los recobros y/o reclamaciones que ya hubiesen sido auditados por parte de este Ministerio, cuya única glosa aplicada en el proceso de auditoría integral haya sido la glosa de extemporaneidad siempre y cuando la acción judicial no hubiese caducado. Igualmente, adoptar los formatos que permitirán adelantar su trámite.

4.3.12. Resolución 5426 de 2014

Resuelve sustituir el Anexo número 01 “Listado General de Medicamentos POS 2014” de que trata la Resolución número 5521 de 2013, por el Anexo número 01 “Listado General de Medicamentos POS 2014” que forma parte integral de la presente resolución.

4.3.13. Resolución número 5521 de 2013

Plan obligatorio de salud (POS)

5. METODOLOGÍA.

5.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO.

El proyecto se desarrollará así: partiendo de la metodología de diagnóstico y de la ISO 9001 ya que es una combinación de estas.

A. Definición de conceptos básicos claves para facturación

B. Definición de estándares a diagnosticar en el área de facturación aplicable a todo lo que interviene y es material para con el área.

- a. Comprender la organización y su contexto.
- b. Determinar el alcance del sistema de gestión de calidad.
- c. Identificar las funciones actuales de los responsables, funcionarios y autoridades.
- d. Identificar las fallas y fortalezas.
- e. Clasificar las fallas en áreas comunes.
- f. Clasificar las fortalezas en áreas comunes.

C. Análisis de los resultados del diagnóstico.

- Detectar las principales causas de las fallas y de la vulnerabilidad de las fortalezas

D. Elaboración de un sistema de gestión de calidad para los procesos de facturación en el área de facturación.

- a. Planificación para el sistema de gestión de calidad para el área de facturación.
- b. Acciones para afrontar riesgos.
- c. Establecimiento Objetivos de calidad
- d. Planificar como alcanzar los objetivo de calidad
- e. Planificación Cambios a ejercer.
- f. Recursos a utilizar para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad en la facturación del hospital.
- g. Personas necesarias para un funcionamiento eficaz del área.
- h. Infraestructura necesaria
- i. Ambiente físico, social, psicológico y ambiental para el funcionamiento de los procesos

- j. Conocimiento organizacional necesario para el funcionamiento.
- k. Determinar la competencia necesario del personal bajo control que afecta el resultado de calidad del área de facturación
- l. Las personas bajo control deben estar conscientes de la política, objetivos, contribución, beneficios, y consecuencias del sistema de gestión de calidad.
- m. Comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de calidad.
- n. Información documenta del sistema de gestión de calidad del área de facturación para su adecuado uso.

E. Instructivo de procesos

6. DESARROLLO DEL PROYECTO

6.1. Definición de estándares a diagnosticar aplicables en el área de facturación.

6.1.1. Contexto de la organización

6.1.1.1. Comprensión de la organización y de su contexto

La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.

6.1.1.2. Contexto interno:

Valores:

- **Respeto por la dignidad humana.** Entendida como el reconocimiento de los derechos universales, el trato digno a las personas contribuyendo a mejorar su calidad de vida.
- **Integridad.** Que se deberá reflejar en todos los actos personales, profesionales con ética, transparencia, pulcritud, honradez, equidad y confiabilidad preservando los principios para la correcta conducta humana respecto de la vida, así como del ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la misma.
- **Compromiso Social.** Es hacer de la mejor manera lo que nos corresponde, con efectividad, calidad y compromiso sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad a la que servimos y en la cual estamos.
- **Responsabilidad.** Entendida como la obligación y/o capacidad de responder y cumplir cabalmente por los actos propios y en algunos casos de los ajenos, talento humano cumplidor de sus deberes y obligaciones.
- **Equidad.** Facilitamos el desarrollo integral del usuario y su familia mediante la distribución justa e imparcial de los beneficios.

- **Cultura:** enmarca dentro del contexto ético y organizativo del Hospital, la cual tiene implícito el principio de publicidad consagrado en la constitución nacional y la obligación de rendir cuentas.

6.1.1.3. Contexto externo:

Legal: el contexto legal en el cual se encuentra el hospital regional de Sogamoso en el área de facturación.

“La Ley 1231 de 2008 “por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”, hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio, en algunos de sus apartes hace alusión a “el obligado”. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o Entidad Territorial, entre otros) Dentro del sistema de seguridad social en salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la Institución Prestadora de Servicios de Salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio en este caso el paciente, la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. La misma debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o Entidad Territorial, entre otros) quien es la única que debe aceptarla de manera expresa, precisión que no establece la Ley 1231 por cuanto esta aceptación se radica en el beneficiario del servicio.

La Ley 1122 de 2007 en la cual, entre otros aspectos, se regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, la cual está definida en el artículo 13 de dicha norma, en especial, el literal d), en cuanto atañe a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes. Dicha disposición regula, entre otros, el tiempo de pago de conformidad con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas.

El Decreto 4747 de 2007 “por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables

del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”.⁶

Tecnológico: el hospital regional de Sogamoso cuenta en su contexto tecnológico con un software de facturación CITISALUD.

Citisalud cumple con las necesidades fundamentales de integridad de la información permitiendo que todos los módulos Administrativos y Asistenciales de acuerdo a su información afecten en línea con los documentos que se requieren para la unificación de la información.⁷

Con los módulos citas y facturación.

Beneficios:

Es la mejor tecnología para implementar un sistema de colección de datos mediante Identificación automática, y presenta muchos beneficios, entre otros.

- Virtualmente no hay retrasos desde que se lee la información hasta que puede ser usada.
- Se mejora la exactitud de los datos.
- Se tienen costos fijos de labor más bajos.
- Se puede tener un mejor control de calidad, mejor servicio al cliente.
- Se pueden contar con nuevas categorías de información.
- Se mejora la competitividad.

Competitivo: El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. ha mantenido una activa productividad que le permite sostenerse en el mercado siendo competitivo y destacándose en la prestación de los servicios ante las demás Instituciones de salud de la región.⁸En cuanto al nivel competitivo el hospital regional de Sogamoso es de nivel: **NIVEL III**

⁶ Normatividad en conceptos de facturación

<http://www.accounter.co/normatividad/conceptos/facturacion-en-servicios-de-salud.html>

⁷ Gestión de clínicas y hospitales <http://www.guiadesolucionestec.com/soluciones-verticales/sector-salud-seguridad-social/-administracion-y-gestion-de-ips-clinicas-hospitales/1877-citisalud>

⁸ Pagina del HRS <https://www.hospital.sogamoso.gov.co/index.php/nuestra-institucion/procesos>

Alto Riesgo: En este nivel incluyen acciones de bajo, mediano y alto riesgo. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución.

Cuentan con: servicio de cuidados intensivos, adultos y pediátricos controlados permanentemente, intervención de equipos de profesionales, investigación y docencia extensiva a otros niveles, control de infecciones hospitalarias, comité de bioética, médicos con sub-especialidades y asignación de áreas de responsabilidad.⁹

Cultural: HOSPITAL VERDE En los diferentes procesos de implementación de políticas de calidad, salud ocupacional y medio ambiente el Hospital viene trabajando en la habilitación de los servicios de salud y dentro de los ejes de recursos humanos, infraestructura, seguimiento de riesgos y dotación y mantenimiento, al igual que los estándares de acreditación de direccionamiento y gerencia, ambiente físico, gestión de la tecnología se establece como una fortaleza el desarrollo de tecnologías limpias.¹⁰

6.1.1.4. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

Se determinaron las partes interesadas que tienen que ver con el sistema de gestión de la calidad como lo son:

- La comunidad Boyacense, que necesite servicios de salud ambulatorios, hospitalarios, de urgencias, apoyo diagnóstico, y terapéutico.
- EPS de la localidad y fuera de la localidad y entidades de convenio.

6.1.2. Determinar el alcance del sistema de gestión de calidad.

El alcance del sistema de gestión de calidad es el área de facturación y lo que tiene directa relación con este. En ese orden de ideas el sistema de gestión se desarrollara desde los procesos y procedimientos que componen la elaboración de una factura o cuenta, además de sus propios procesos del SGC,

⁹ Categorización de hospitales <http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php/red-sanitaria/hospitales/item/592-categorizacion-de-hospitales>

¹⁰ Pagina web del HRS <https://www.hospitalsogamoso.gov.co/index.php/programas-especiales/67-hospital-verde>

comprende las actividades de los procesos de gestión estratégica, gestión operacional, gestión de supervisión y coordinación y por último los procesos de apoyo, como lo es gestión de recursos, gestión de talento humano y gestión tecnológica e informática que se enmarcan en el mapa de procesos.

Ilustración 1 FUENTE PROPIA



6.1.3. Identificar las funciones actuales de los responsables, funcionarios y autoridades.

- **COORDINADOR DE FACTURACION:** dirección de todo el proceso de facturación, su normatividad, liderazgo ante evento que se presente en el área y responder ante superiores cualquier requerimiento relacionado con el área. También encargado de responder las devoluciones de las facturas por parte de las Eps y entidades de convenio a la entidad para su respectivo pago.
- **AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS:** revisar, clasificar, ordenar, organizar cuentas de cobro por entidad promotora de salud y entidades de convenio o de evento.
- **AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION RIPS:** generación, validación y entrega de RIPS (registro individual de prestadores de salud), los cuales hacen parte fundamental y obligatoria para el cobro del servicio prestado. De igual manera genero re facturación en casos de devoluciones. Radicado de cuentas Web caso especial de Cafesalud.
- **FACTURACION CONSULTA EXTERNA:** facturación de citas de medicina general.

- **FACTURACION DE HOSPITALIZACION (PISO):** facturación de personas hospitalizadas en el entidad hospitalaria
- **FACTURACION DE URGENCIAS:** facturación de los eventos adversos que son prioritarios
(AUTORIZACIONES): ubicadas en la facturación de urgencias son las personas encargadas de requerir autorización inmediata de la Eps para poder prestar el servicio.
- **AUDITORIA DE FATURACION:** revisión de cuentas medica de hospitalización y urgencias que por su tamaño requieren atención y corrección en caso que sea necesario dado que por su valor son de gran importancia.
- **AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS:** su función es corregir, subsanar y responder las glosas hechas por parte de las diferentes Eps.

6.1.4. Identificar las fallas y fortalezas.

LAS FALLAS Y FORTALEZAS se identificaran por áreas y la relación entre áreas.

FALLAS Y FORTALEZAS GENERALES

Tabla 1 FALLAS Y FORTALEZA GENERALES

FALLAS	FORTALEZAS
Relación deficiente entre áreas de facturación.	Trabajo en equipo en áreas determinadas.
Desorden en la ejecución de procesos de facturación.	Cargos de facturación estratégicos.
Colaboración deficiente del área médica en la firma de documentos con sello médico.	Tecnología de facturación adecuada.
Falta de comunicación.	Espacio laboral.
Funciones y procesos no definidos claramente de los cargos.	

**Capacitación de legislación cambiante
en el entorno laboral.**

6.1.4.1. Clasificar las fallas en áreas comunes.

Tabla 2 FALLAS POR AREAS COMUNES Y SU DESCRIPCION

FALLAS	AREAS
Relación deficiente entre áreas de facturación.	Facturación urgencias, facturación de piso, coordinación de facturación (auditoria de facturación, auxiliares administrativos de facturación, auxiliares de armado de cuentas)
<ul style="list-style-type: none"> La deficiente relación entre estas áreas produce complicación en la transferencia de documentos necesarios para facturación. 	
Desorden en la ejecución de procesos de facturación.	Facturación de piso, facturación de urgencias.
<ul style="list-style-type: none"> En estas dos áreas el desorden produce traspapelación de documentos de una factura a otra. 	
Colaboración deficiente del área médica en la firma de documentos con sello médico.	Facturación de piso, facturación de urgencias.
<ul style="list-style-type: none"> La colaboración por parte de médico para la correcta facturación produce que los soporte médicos estén incompletos. 	
Falta de comunicación.	Facturación urgencias, facturación de piso, coordinación de facturación (auditoria de facturación, auxiliares

	administrativos de facturación, auxiliares de armado de cuentas)
<ul style="list-style-type: none"> • La falta de comunicación entre áreas produce que no se esté al tanto de situaciones que contribuiría una mejor relación. 	
Funciones y procesos no definidos claramente de los cargos.	Facturación de piso, facturación de urgencias.
<ul style="list-style-type: none"> • La funciones que no están clara produce una falta de eficiencia en la facturación así como también en los papeles que son materiales para con la factura. 	
Capacitación y actualización de legislación cambiante en el entorno laboral.	Coordinación de facturación, facturación de urgencias, facturación de piso, facturación de urgencias.
La falta de capacitación continua y la falta de actualización en procesos y legislación producen vacíos en la facturación.	

6.1.4.2. Clasificar las fortalezas en áreas comunes.

El siguiente cuadro muestra las fortalezas clasificadas por áreas comunes.

Tabla 3 FORTALEZAS POR AREAS COMUNES

FORTALEZAS	AREAS
Trabajo en equipo en áreas determinadas.	coordinación de facturación (auditoria de facturación, auxiliares administrativos de facturación, auxiliares de armado de cuentas)
En esta área la colaboración que compone un trabajo en equipo cuando alguno de sus compañeros que lo necesita.	
Cargos de facturación estratégicos.	coordinación de facturación (auditoria de facturación, auxiliares administrativos de

	facturación, auxiliares de armado de cuentas)
Los cargos estratégico en esta área hace que el compañerismo y la ayuda necesaria tanto en conocimiento como en archivo se a eficaz y eficiente.	
Tecnología de facturación adecuada	Facturación urgencias, facturación de piso, facturación consulta externa coordinación de facturación (auditoria de facturación, auxiliares administrativos de facturación, auxiliares de armado de cuentas)
La tecnología de computación, líneas teléfonos celulares son la necesarias y eficiente, está compuesta con una velocidad de alta eficiencia en internet, al igual que el software de facturación es completo y adecuado.	
Espacio laboral.	Facturación urgencias, facturación de piso, coordinación de facturación(auditoria de facturación, auxiliares administrativos de facturación, auxiliares de armado de cuentas)
<ul style="list-style-type: none"> • El espacio laboral es un fuerte de la coordinación de facturación con el espacio suficiente para que todo se lleve de una forma ordenada. 	

Para la clasificación de fallas en áreas comunes se analizaron los respectivos conceptos de devolución que hacían las EPS al hospital. Analizando las facturas unida a su concepto de devolución según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008. DECRETO 4747, RESOLUCION 3047. Teniendo acceso al seguimiento de devoluciones, a las facturas devueltas y a la respuesta que se les da o se les daría a estas. Se levantó información de facturas devueltas por una cantidad total de 573 facturas que en valor sumaban más de 400 millones. Se tabularon la 573 viendo los conceptos de devolución y su frecuencia en la cantidad total de la información obtenida (573 facturas)

Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

DISTRIBUCION DE LAS FACTURAS DEVUELTAS POR EPSS						
Nº	COD_DEV	CONCEPTO	NUMERO DE FACTURAS	% DE FACTURAS	ACUMULADO DE FACTURAS	% ACUMULADO DE FACTURAS
1	821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	152	26,53	152	26,53
2	849	Factura no cumple los requisitos legales	128	22,34	280	48,87
3	816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	91	15,88	371	64,75
4	FALTA SOPORTE DE CARGUE DE RIPS		83	14,49	454	79,23
5			21	3,66	475	82,90
6	848	Informe atención inicial de urgencias	19	3,32	494	86,21
7	847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	18	3,14	512	89,35
8	RIPS		17	2,97	529	92,32
9	817	Usuario retirado o moroso	14	2,44	543	94,76
10	333	Copia de historia clínica completa	6	1,05	549	95,81
11	834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	5	0,87	554	96,68
12	INCONSISTENCIA EN FURIPS		4	0,70	558	97,38
13	FECHA ANTERIOR A PRESENTACION		4	0,70	562	98,08
14	850	Factura ya cancelada	3	0,52	565	98,60
15	SIN RIPS		2	0,35	567	98,95
16	342	Lista de precios	1	0,17	568	99,13
17	308	Ayudas diagnósticas	1	0,17	569	99,30
19	336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	1	0,17	570	99,48
20	factura ilegible		1	0,17	571	99,65
21	338	Hoja de traslado en ambulancia	2	0,35	573	100,00
	TOTAL		573	100		

Como se puede observar hay conceptos de devolución que tiene una alta frecuencia de ocurrencia; esta tabla nos muestra facturas de diferentes meses puesto que no es posible examinar un mes en detalle puesto que las devoluciones pueden llegar desde después de un mes de envío hasta un año, por lo tanto se levantó una guía de devolución que recopilara todas las facturas en devolución que estaban devueltas y que se presentarían a partir de octubre de 2016 a diciembre de 2016.

6.1.5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.

6.1.5.1. Análisis de devoluciones

Para detectar las principales causas de la falla se remite al resultado de la tabulación de las devoluciones de la tabla C.2

4.1.1.1. DETERMINACION DE LA MATERIALIDAD DE FACTURA DEVULETAS.

Se determinó la materialidad a partir de concepto de frecuencia, si un concepto de devolución se presenta más de 10 veces al año es material ya que es una falla procesal que se presente tantas veces.

- 1 año, 10 facturas devueltas por el mismo concepto de devolución=materialidad

4.1.1.2. Se analizan los conceptos que son de alta frecuencia y que son material para el Hospital Regional de Sogamoso: para el desarrollo de este diagnóstico una cantidad de devolución superior a 10 facturas devueltas por el mismo concepto independientemente el valor de estas

NUMERAL 1 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

- Este código 821 que corresponde a la autorización del servicio por parte de la EPS que pueda que no exista o no corresponda al prestador del servicio. Dentro del levantamiento de las 573 facturas fuero devuelta 152 factura por este motivo siendo un 26,5% del total de la factura.
- Ahora en el siguiente cuadro veremos los responsables de esta devolución

Tabla 5

COD_ DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.	<ul style="list-style-type: none"> • FACTURACION DE URGENCIAS (AUTORIZACIONES) • AUDITORIA DE FACTURACION • AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS • FACTURACION CONSULTA EXTERNA

En facturación de urgencias se encuentra el personal que tramita las autorizaciones para urgencias y hospitalización, aquí consulta eterna no se tiene en cuenta ya que el paciente o usuario trae la autorización para que le programen cita.

NUMERAL 2 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

El código 849 que corresponde al incumplimiento de los requisitos legales de una factura con un número de frecuencia 128 facturas un porcentaje de 22,34%, cuando el código anterior componen el 48,87% siendo altamente material para con el área; incumple requisitos como los mencionados en:

Código de comercio, Art. 774.

Estatuto tributario en Art. 617

Tabla 6

C. 1COD _DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
849	Factura no cumple los requisitos legales	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.	<ul style="list-style-type: none"> • FACTURACION CONSULTA EXTERNA • FACTURACION DE PISO • FACTURACION DE URGENCIAS

Como se puede observar en el cuadro anterior, los responsable de este concepto son las personas encargadas de facturar de ello las áreas facturación de consulta externa, de piso, y de urgencias incumplen alguno de los requisitos al momento de facturar.

NUMERAL 3 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

El concepto 816 corresponde al envío de factura a la Eps equivocada por traspapelación o error, o a la facturación a la Eps equivocada.

Tabla 7

C. 2COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago <p>Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ·FACTURACION DE URGENCIAS (AUTORIZACIONES) ·AUDITORIA DE FATURACION ·AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS

Como se puede ver en el cuadro anterior de puede presentar por 3 motivos y como responsable varias áreas de facturación siendo facturación de urgencias que momento de facturar llaman a la entidad equivocada en el software, o el paciente cambio de Eps y no facturan a la actual ya que esto se consulta en el fesyga y no lo actualizan frecuentemente incurriendo en equivocaciones no controlable por el facturador.

NUMERAL 4 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

En este la falta de soporte de cargue de rips fue el caso de una cuenta de cobro que se envió sin soporte de rips. Tuvo una cantidad de 83 facturas con un 14,49% acumulando con los anteriores conceptos 79,23% siendo este concepto material.

Tabla 8

C. 3COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
FALTA SOPORTE DE CARGUE DE RIPS	FALTA SOPORTE DE CARGUE DE RIPS	Según la resolución 951 de 2002 podría presentarse facturas sin RIPS, sin embargo en la presente resolución en el Artículo 2° dice. "Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, los profesionales independientes y los grupos de práctica, mantendrán la obligatoriedad sobre el envío de la información RIPS, según lo establecido en la Resolución 3374 de 2000".	• AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION RIPS •AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS

Ahora bien los responsable de que se de este concepto de devolución es el auxiliar administrativo de facturación Rips y los auxiliares de armado de cuentas como último elemento al enviar la cuenta de cobro.

NUMERAL 5 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS.

Se encontraron facturas en estado de devolución sin concepto de devolución esto se pudo dar en dos casos, el primero error de Eps al no enviarlo o en el otro caso el culpable es el hospital área de coordinación de facturación por la traspapelación causa de la desorganización; teniendo una frecuencia de 21 facturas que corresponden al 3,66% de la muestra de 573 facturas acumulado con las anteriores el 82,9%.

NUMERAL 6 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS.

El código 848 corresponde al informe de atención inicial de urgencias, con una frecuencia de 19 facturas con un porcentaje del 3,32%, acumulando el 86,21%.

Tabla 9

C. 4COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.	<ul style="list-style-type: none"> FACTURACION DE URGENCIAS

NUMERAL 7 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

En este concepto de devolución 847 corresponde a la falta de soporte de justificación para recobros con una frecuencia de 18 facturas y un porcentaje del 3,14%

Tabla 10

COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.	<ul style="list-style-type: none"> FACTURACION DE URGENCIAS (AUTORIZACIONES) AUDITORIA DE FATURACION AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS

Este concepto de devolución es responsabilidad de facturación de urgencias (autorizaciones), que envía la solitud de medicamento No Pos es decir que no los cubre el pos se deben enviar 3 solicitudes de autorización del comité técnico científico con intervalos no menores a 30 minutos; también auditoria de facturación debe estar pendiente

que los tres envíos de la solicitud estén en los soporte o la autorización del concejo técnico, al igual que el armado de cuentas como último filtro.

NUMERAL 8 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

Rips este conceptos hace referencia a falta del registro individual de prestadores de salud y tiene una frecuencia de 17 facturas con un porcentaje del 2,97% acumulando el 92,32%.

Tabla 11

C. 5COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
RIPS	RIPS	Según la resolución 951 de 2002 podría presentarse facturas sin RIPS, sin embargo en la presente resolución en el Artículo 2° dice. "Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, los profesionales independientes y los grupos de práctica, mantendrán la obligatoriedad sobre el envío de la información RIPS, según lo establecido en la Resolución 3374 de 2000".	• AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION RIPS

Este concepto es de responsabilidad del auxiliar administrativo de facturación rips por no adjuntarlo por enviar el equivocado o por incurrir en errores en la digitación.

NUMERAL 9 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

El concepto 817 corresponde a la facturación de un usuario retirado o moroso de la EPS con una frecuencia de 14 facturas con porcentaje de 2,44% acumulando con los anteriores 94,76%.

Tabla 12

C. 6COD_DEV	CONCEPTO	DESCRIPCION	AREA QUE REALIZA PROCEDIMIENTO
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.	·FACTURACION DE URGENCIAS (AUTORIZACIONES) ·AUDITORIA DE FATURACION ·AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS

De este concepto es responsable la facturación de urgencias, autorizaciones, por no verificar la momento de expedir la autorización el estado del usuario en la EPS activo, moroso o retirado. Al igual que la auditoria y el auxiliar de armado de cuentas por la no verificación.

DEL NUMERAL 10 AL 21 DE Tabla 4 DISTRIBUCION DE DEVUELTAS FACTURAS POR EPS

Estos últimos conceptos no son materiales puesto su cantidad en número de facturas no supera el índice de materialidad definida anteriormente.

6.1.5.2.Detectar la principales causas de la fallas y de la vulnerabilidad de las fortalezas.

- Para detectar la causa de las fallas clasificaremos por áreas los conceptos de devolución encontrados. La siguiente tabla muestra las áreas responsables de los errores que provocan devoluciones y afectan la entrada de dinero a la entidad.

FACTURACION DEL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO			
Nº	ÁREA	CONCEPTOS DE DEVOLUCION	
		CONCEPTO	DETALLE
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION RIPS		SIN RIPS
			RIPS
			INCONSISTENCIA EN FURIPS
2	COORDINADOR DE FACTURACION	850	Factura ya cancelada
		342	Lista de precios
3	FACTURACION DE HOSPITALIZACION		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION
		849	Factura no cumple los requisitos legales
		342	Lista de precios
		333	Copia de historia clínica completa
		308	Ayudas diagnósticas
4	FACTURACION DE URGENCIAS		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION
		849	Factura no cumple los requisitos legales
		338	Hoja de traslado en ambulancia
		817	Usuario retirado o moroso
		308	Ayudas diagnósticas

Tabla 13 RESPONSABLES DE DEVOLUCIONES

Tabla 14 RESPONSABLES DE DEVOLUCIONES (2)

C. 7 FACTURACION DEL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO			
Nº	ÁREA	CONCEPTOS DE DEVOLUCION	
		CONCEPTO	DETALLE
5	FACTURACION DE URGENECIAS AUTORIZACIONES	847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
		817	Usuario retirado o moroso
		816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.
6	FACTURACION CONSULTA EXTERNA	849	Factura no cumple los requisitos legales
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
7	AUDITORIA DE FACTURACION		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION
			factura ilegible
		847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)
		338	Hoja de traslado en ambulancia
		333	Copia de historia clínica completa
		308	Ayudas diagnósticas
8	AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION
			FALTA SOPORTE DE CARGUE DE RIPS
		850	Factura ya cancelada
		834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
		817	Usuario retirado o moroso
		816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.
		308	Ayudas diagnósticas

Ahora bien sabiendo se tendrán las áreas de facturación con mayor índice de error o devolución en el área de facturación.

Varias áreas comparten el mismo concepto por ello es necesario ver el procedimiento o ciclo de facturación por áreas, ya que una área hace y la otra revisa.

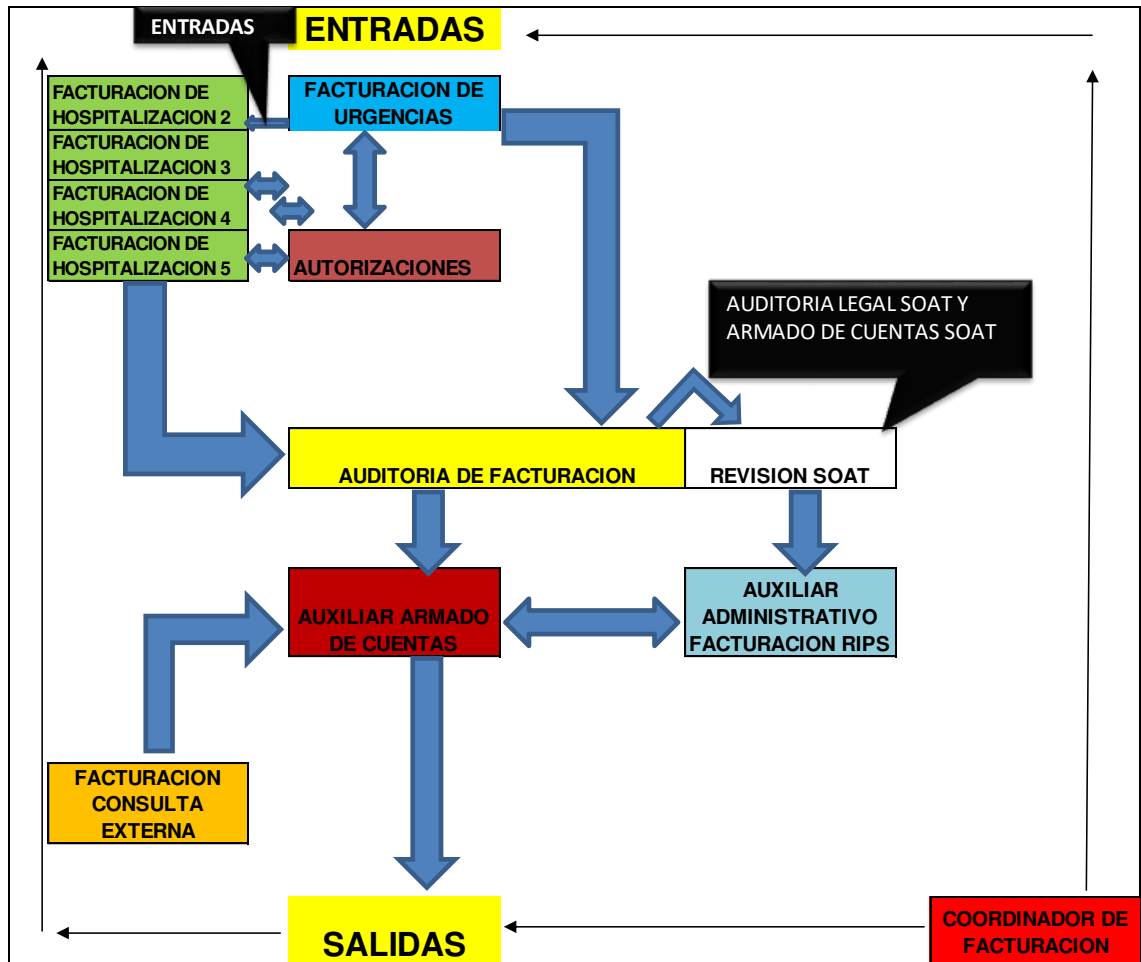


Ilustración 2 FUENTE PROPIA

Tabla 15 MATERILIDAD DEL CONEPTO DE DEVOLUCION POR AREA

C. FACTURACION DEL GOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO						
Nº	ÁREA	CONCEPTOS DE DEVOLUCION		Nº X CONC	MATERIALIDAD	Nº X ÁREA
		CONCEPTO	DETALLE			
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION RIPS		SIN RIPS	2	NO MATERIAL	
			RIPS	17	MARERIAL	23
			INCONSISTENCIA EN FURIPS	4	NO MATERIAL	
2	COORDINADOR DE FACTURACION	850	Factura ya cancelada	3	NO MATERIAL	4
		342	Lista de precios	1	NO MATERIAL	
3	FACTURACION DE PISO		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION	4	NO MATERIAL	
		849	Factura no cumple los requisitos legales	128	MARERIAL	
		342	Lista de precios	1	NO MATERIAL	140
		333	Copia de historia clínica completa	6	NO MATERIAL	
		308	Ayudas diagnósticas	1	NO MATERIAL	
4	FACTURACION DE URGENCIAS		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION	4	NO MATERIAL	
		849	Factura no cumple los requisitos legales	128	MARERIAL	
		338	Hoja de traslado en ambulancia	2	NO MATERIAL	149
		817	Usuario retirado o moroso	14	MARERIAL	
		308	Ayudas diagnósticas	1	NO MATERIAL	

Tabla 16 MATERIALIDAD DEL CONCEPTO DE DEVOLUCION POR AREA (2)

FACTURACION DEL GOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO						
Nº	ÁREA	CONCEPTOS DE DEVOLUCION		Nº X CONC	MATERIALIDAD	Nº X ÁREA
		CONCEPTO	DETALLE			
5	FACTURACION DE URGENECIAS AUTORIZACIONES	847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	18	MARERIAL	263
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	152	MARERIAL	
		817	Usuario retirado o moroso	2	NO MATERIAL	
		816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	91	MARERIAL	
6	FACTURACION CONSULTA EXTERNA	849	Factura no cumple los requisitos legales	128	MARERIAL	NO APLICA
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	152	MARERIAL	NO APLICA
7	AUDITORIA DE FACTURACION		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION	4	NO MATERIAL	32
			factura ilegible	1	NO MATERIAL	
		847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	18	MARERIAL	
		338	Hoja de traslado en ambulancia	2	NO MATERIAL	
		333	Copia de historia clínica completa	6	NO MATERIAL	
		308	Ayudas diagnósticas	1	NO MATERIAL	
8	AUXILIAR DE ARMADO DE CUENTAS		FECHA ANTERIOR A PRESENTACION	4	NO MATERIAL	341
			FALTA SOPORTE DE CARGUE DE RIPS	83	MARERIAL	
		850	Factura ya cancelada	3	NO MATERIAL	
		834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	5	NO MATERIAL	
		821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	152	MARERIAL	
		817	Usuario retirado o moroso	2	NO MATERIAL	
		816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	91	MARERIAL	
		308	Ayudas diagnósticas	1	NO MATERIAL	

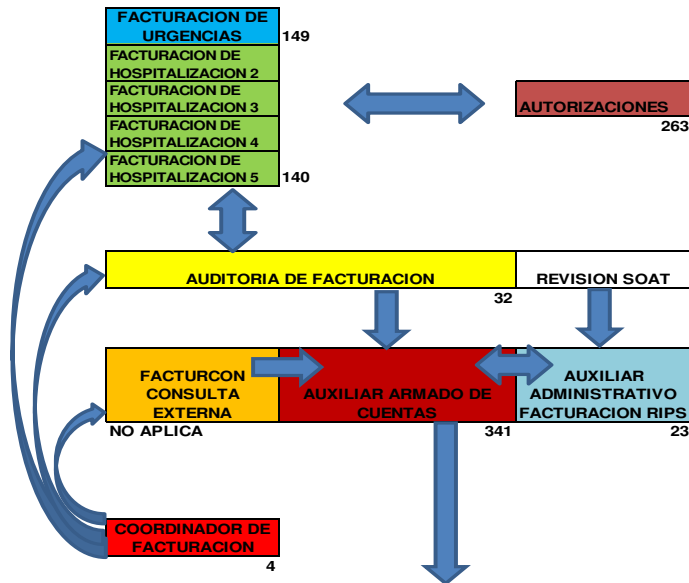


Ilustración 3 RELACION DE NUMERO DE FACTURAS DEVUELTAS POR AREA

Los números indican las facturas devueltas por área en relación con el concepto, como se pudo observar en la tabla 15 y 16 cada área tiene conceptos relacionados de devolución que al final se totaliza por área, también se observa que varias área tienen el mismo concepto de devolución por lo cual se comparten esos números pero observando en el cuadro c.31 anterior de devoluciones según el

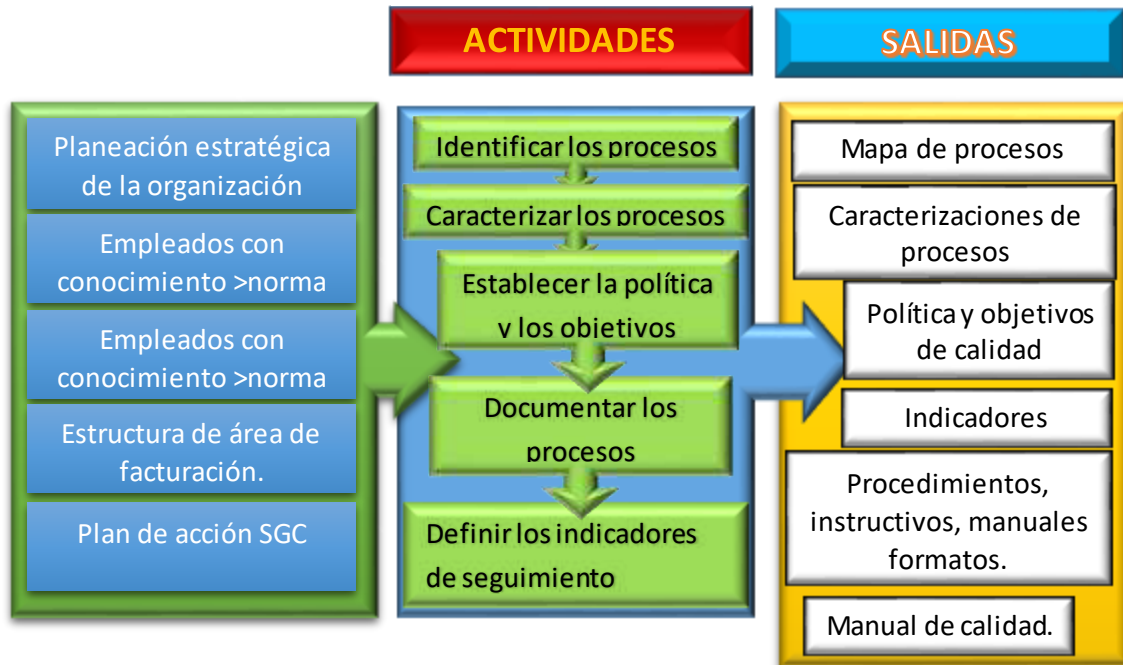
proceso se puede observar que al final el área que más tiene conceptos de devolución es auxiliar armado de cuentas ya que es el área en final que entrega las cuentas de cobro, es decir que está acumulando la mayoría los errores de las áreas que anteceden el proceso a esta.

6.1.5.3. CONCLUSION DEL ANÁLISIS

- Las área que están presentado insuficiencia en la función se encuentra en la entrada o el cargue de la factura, como lo son facturación de hospitalización y facturación de urgencias ya que se presenta una baja comunicación entre áreas y desconocimiento de procesos y procedimientos normativos al igual que desorganización.
- El área de autorizaciones ubicado en urgencia que atiende autorizaciones tanto de facturación hospitalización como urgencias presenta una importante cantidad de conceptos de devolución, ya sea por no atender al conducto regular para obtener autorizaciones por parte de las entidades y no dar soporte de envío o de autorización de la entidad..
- A causa de tanto errores cometidos en el cargue de la factura auditoria ni armado de cuentas dan abasto para cumplir con la facturación del mes puesto que posee una fecha límite de entrega la cuenta de cobro.
- Es importante la verificación de archivo magnético Rips en cada cuenta de cobro y ser verificado antes de enviarla.

6.2.ELABORACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA LOS PROCESOS EN EL AREA DE FACTURACION.

Ilustración 4 FUENTE PROPIA



6.2.1. Planificación para el sistema de gestión de calidad para el área de facturación.

6.2.1.1. Estructura organizativa del proyecto.



COMITÉ DE CALIDAD:
grupo directivo, actúa bajo la directriz de la máxima autoridad de la organización.

- Establecer directrices
- Garantizar recursos
- Evaluar el proyecto a intervalos definidos
- Asegurar vías de comunicación del proyecto.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCION:

Ilustración 5 FUENTE PROPIA

- Controlar el cumplimiento del programa de trabajo
- Definir modelo de procesos del SGC
- Revisar con los responsables de los procesos la documentación de los mismos.
- Establecer la estrategias de comunicación
- Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales ante la realización del proyecto.

EQUIPO DE CALIDAD: grupo operativo, multidisciplinario con representación de todas las áreas relacionadas con el área de facturación; representado por la dirección del área de facturación, será el encargado de la fase de diseño.

- Aportar el conocimiento técnico y el soporte administrativo requerido para la realización de los trabajos de levantamiento de los procesos y procedimientos actuales.
- Realizar todas las actividades requeridas para el desarrollo del proyecto.
- Adoptar las directrices, procedimientos, instructivos... divulgados durante la fase de implementación del sistema de calidad t mantener la evidencia objetiva de aquello que se realizó.
- Divulgar los procedimientos documentados y demás información propia del proceso

GRUPO EVALUADOR: auditores internos, realizan evaluación independiente y objetiva, revisión y mejor del sistema de gestión de calidad.

6.2.1.2. Plan detallado.

Tabla 17 PLAN DETALLADO

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	
	Plan Detallado	
	Actividad	Responsable
1	Diagnóstico	
1.1	Planear el diagnóstico	ASESOR (EST UPTC)
1.2	Realizar el diagnóstico	ASESOR (EST UPTC)
1.3	Elaborar informe de diagnóstico	ASESOR (EST UPTC)
1.4	Socializar informe de diagnóstico	ASESOR (EST UPTC)
1.5	Ajustar informe y hacer entrega oficial	REPRESENTANTE DE DIRECION
2	Planificación	
2.1	Precisar el alcance del SGC	COMITÉ DE CALIDAD,ASESOR

2.2	Definir la Estructura Organizativa del Proyecto (Roles)	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
2.3	Designar los miembros de la Estructura Organizativa del Proyecto	SUBGERENTE ADMON, ASESOR
2.4	Conformar los Grupos de Trabajo	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
2.5	Definir responsabilidades de cada Rol	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
2.6	Elaborar Plan detallado de actividades	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
2.7	Validar y ajustar el plan detallado	COMITÉ DE CALIDAD
2.8	Elaborar Plan de Comunicaciones para el Proyecto	REPRESNTANTE DE LA DIRECCION, ASESOR
2.9	Validar y ajustar el plan de comunicaciones	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
3	Diseño	
3.1	Identificación de Procesos del SGC	EQUIPO DE CALIDAD, COMITÉ DE CALIDAD, REPRESENTANTE DE DIRECCION, ASESOR
3.1.1	Definir modelo de procesos del SGC	REPRESENTANTE DE DIRECCION, ASESOR
3.1.2	Identificar la secuencia e interacción de procesos	EQUIPO DE CALIDAD, ASESOR
3.1.3	Elaborar fichas de caracterización de procesos	EQUIPO DE CALIDAD, ASESOR
3.2	Metodología de documentación	ASESOR, REPRESENTANTE DE DIRECCION.
3.2.1	Definir guía para la elaboración de documentos	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
3.2.2	Revisar guía para la elaboración de documentos	ASESOR.
3.2.3	Aprobar guía para la elaboración de documentos	COMITÉ DE CALIDAD, ASESOR
3.3	Política de Calidad	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.4	Objetivos de Calidad	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.5	Elaboración del Soporte Documental	EQUIPO DE CALIDAD
3.5.1	Definir procedimientos que requieren ser documentados / Proceso	REPRESNTANTE DE LA DIRECCION, ASESOR
3.6	Procedimiento de Control de Documentos	COMITÉ DE CALIDAD
3.7	Procedimiento de Control de Registros	REPRESNTANTE DE DIRECCION
3.8	Manual de Calidad	ASESOR, COMITE DE CALIDAD
3.9	Estructura Organizativa del SGC	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.9.2	Definir Estructura Organizativa del SGC (Roles)	COMITÉ DE CALIDAD
3.9.3	Establecer responsabilidad y autoridad	COMITÉ DE CALIDAD
3.10	Competencias	

3.10.1	Revisar los perfiles del personal cubierto por el SGC	EQUIPO DE CALIDAD
3.10.2	Definir metodología para identificar necesidades de capacitación	REPRESENTANTE DE DIRECCION
3.10.3	Elaborar plan de capacitación	REPRESENTANTE DE DIRECCION
3.11	Procesos relacionados con los clientes	COMITÉ DE CALIDAD
3.11.1	Definir los requisitos aplicables al servicio	COMITÉ DE CALIDAD
3.12	Medición, análisis y mejora	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.12.1	Establecer metodología para evaluar satisfacción del cliente	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.12.2	Definir indicadores de procesos y servicios	ASESOR, COMITÉ DE CALIDAD
3.13	Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	COMITÉ DE CALIDAD,EQUIPO DE CALIDAD
3.14	Procedimiento de Control del Servicio No Conforme	COMITÉ DE CALIDAD,EQUIPO DE CALIDAD
3.15	Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas	ASESOR COMITÉ DE CALIDAD

6.2.1.3.Cronograma general


Sirve como mecanismo de socialización y control con directa relación con el plan detallado.

Tabla 18 CRONOGRAMA GENERAL

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIAGNOSTICO	x	x	x									
PLANEACIÓN				X	X							
DISEÑO					X	x	x	x				
IMPL/TACION												
EVALUACION												
CAPACITACION												
SENSI/ZACION												

6.2.1.4. Plan de Comunicación.

Tabla 19 PLAN DE COMUNICACION

		HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO				Código Versión Emisión
		Plan de Comunicación				
Fase	Mensaje	Emisor	Medio	Frecuencia	Perceptor	Respuesta
	¿QUÉ SE COMUNICA?	¿QUIÉN COMUNICA?	¿CÒMO LE COMUNICA?	¿CUÁNDO LE COMUNICA?	¿A QUIÉN LE COMUNICA?	¿CÓMO SE RETROALIMENTA?
Todo el proyecto	Noticias de avance del proyecto de implantación del SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Representante de la Dirección	Carteleras en las dependencias Página Web	Cada dos meses	Todo el personal de la Entidad	Encuesta al personal
Todo el proyecto	Mensajes de compromiso de la Dirección con la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad y de información sobre el avance del proyecto.	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Dos veces durante el proyecto	Todo el personal de la Entidad	Encuesta al personal
Diagnóstico	Informe de Diagnóstico	Representante de la Dirección	Documento Impreso	Al finalizar el informe del diagnóstico	Funcionarios con responsabilidad ejecutiva en los procesos	Observaciones al diagnóstico.

Planeación	Plan detallado de trabajo	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Una vez elaborado el plan detallado	Equipos de Trabajo	Ajustes al plan detallado
Diseño	Propuestas de elaboración o modificación de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad	Equipo de Calidad	Reuniones con el personal	Según plan detallado de trabajo del proyecto.	Todo el personal de la Entidad	Revisión de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad
Capacitación	Convocatoria y selección del público objetivo.	Equipo de calidad	Carteleros y oficios	Por lo menos un mes antes de iniciar la capacitación.	Personal de cada uno de los procesos.	Número de personas que confirman participación.
Implantación	Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo política y objetivos de calidad	Representante de la Dirección y Equipo de calidad	Reuniones con el personal	Según plan detallado de trabajo del proyecto.	Funcionarios responsables de actividades que se describen en los documentos.	Verificación de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.
Evaluación	Resultados de la auditoria.	Oficina de Control Interno, Coordinación de facturación, auditoría de cuentas medicas	Reunión de presentación al personal con responsabilidad ejecutiva en los procesos auditados	Según plan detallado de trabajo del proyecto.	Personal con responsabilidad ejecutiva en los procesos auditados.	Elaboración del Plan de acciones correctivas y preventivas.

6.2.2. DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

6.2.2.1. Identificación de procesos

Se identificaron los siguientes procesos necesarios para la facturación del hospital regional de Sogamoso.

PROCESOS ESTRATEGICOS

- Gestión estratégica
- Gestión de calidad

PROCESOS MISIONALES

- Proceso de gestión operacional: cargue de factura, auditoria de facturación, armado de cuentas y RIPS de cuenta de cobro
- Proceso de gestión de coordinación y supervisión

PROCESOS DE APOYO

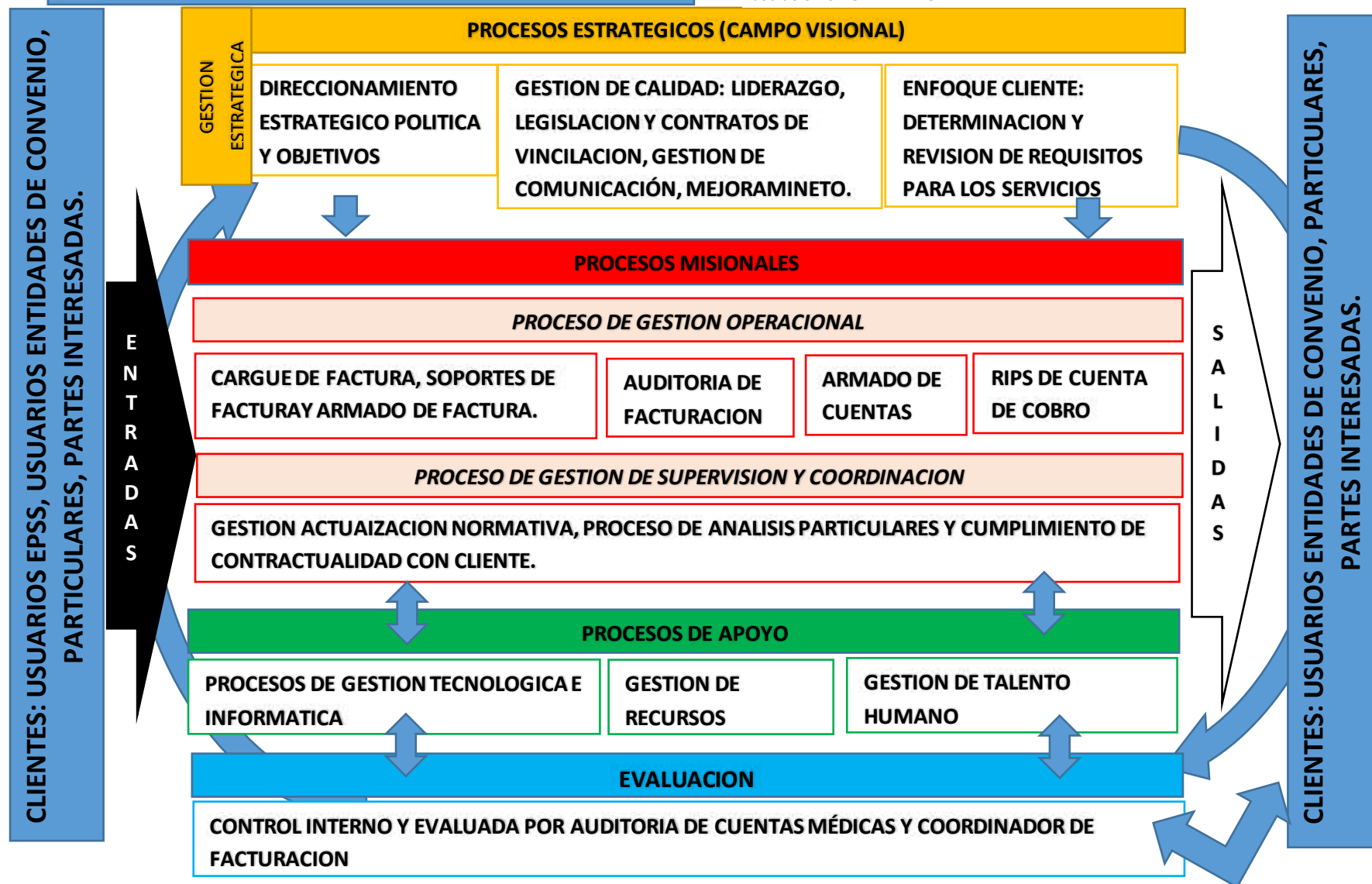
- Procesos de gestión tecnológica e informática
- Gestión de recursos
- Gestión de talento humano

EVALUACION

- Control interno y evaluado por auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación.

3.1.1.1.6.4.2.1.1. MAPA DE PROCESOS

Ilustración 6 FUENTE PROPIA



6.2.2.2.MATRIZ DE CARACTERIZACION DE PROCESOS

Tabla 20 MATRIZ DE CARACTERIZACION_GESTION ESTRATEGICA

NOMBRE DEL PROCESO	Gestión estratégica		RESPONSABLE	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad, direccionándolos continuamente a estos teniendo en cuenta la legislación, contractualidad y requisitos para su continua comunicación.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la implementación hasta el cumplimiento y mejora.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Presupuesto para implementación	Proceso de gestión financiera	P Planificar política y objetivos de calidad y también la planificación de implementación de estos.	Subgerente Administrativo, Control Interno	Plan de implementación de políticas y objetivos, al igual que modificaciones a estos.	Empleados de la organización relacionados	
Políticas institucionales	Proceso de planeación estratégica	Planificación de una continua comunicación de la planeación estratégica por diferentes canales de comunicación	Coordinador de facturación	Plan de comunicación continua a todos los procesos	Todos los procesos de facturación	
Plan de implementación de políticas y objetivos, al igual que modificaciones a estos.	Gestión estratégica	H Ejecutar la implementación de políticas y objetivos de calidad teniendo en cuenta normatividad y contractualidad.	Personal de facturación	Certificación del área de facturación en SGC	EPS y entidades de convenio y de contratación, PARTICULARES	
Plan de comunicación continua a todos los procesos		Realizar de procesos de comunicación periódicamente		empleados informados y actualizados	Todos los procesos de facturación	
Informe de seguimiento SGC	Proceso de seguimiento y control	V Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Indicadores de Gestión	Proceso de planeación estratégica	
Infirmerías de auditorías		Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Líder proceso de seguimiento y control	Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de gestión de calidad	

Informe de auditoria	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.
----------------------	----------------------------------	----------	---	--	--	--

A

RECURSOS	HUMANO: Empleados de la organización relacionados con el área de facturación INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, video beam, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO: Sillas puestos de trabajo (comodidad)	DOCUMENTOS ASOCIADOS	Documentación del SGC
REQUISITOS APLICABLES	CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE Cumplimiento a clientes Cumplimiento de comunicación del plan estratégico y su implementación FORMULA facturas devueltas v/s índice de materialidad # comunicaciones periódicas SGC dadas/ comunicación del SGC dadas

Tabla 21 MATRIZ DE CARACTERIZACION CARGUE DE FACTURA Y ARMADO DE FACTURA

NOMBRE DEL PROCESO	Cargue de factura, soportes de facturas y armado de factura.		RESPONSABLE	Área de facturación urgencias, de piso hospitalización, consulta externa.		
OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar armado de factura eficientemente atendiendo a la normatividad y requisitos contractuales para el cumplimiento con el cliente y satisfacción de este.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde el cargue de la factura hasta el armado de la factura.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Contratos y convenios con entidades Legislación vigente	Proceso Planeación estratégica	P Planificar procesos de facturación según legislación y requisitos de los convenios y contratos con EPSS	Coordinación de facturación	Plan de procesos y procedimientos de facturación para cada Entidad	Empleados del área de facturación de urgencias, hospitalización y consulta eterna	

Plan de procesos y procedimientos de facturación para cada entidad.	Cargue de factura, soportes de facturas y armado de factura.	H	Generar facturación con sus respectivos soportes.	Área de facturación urgencias, de piso hospitalización, consulta externa.	facturación correctamente efectuada o generada	Auditoría de facturación Armado de cuentas
Informe de seguimiento SGC	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso	Auditoría de facturación	Indicadores de Gestión	Proceso de planeación estratégica
Infirres de auditorías			Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Armado de cuentas	Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación
Informe de auditoría	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.

A

RECURSOS	HUMANO: auditoría de facturación y Facturación INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz adecuada	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO EXTERNO	
REQUISITOS APLICABLES	CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE Cumplimiento cargue de facturación	FORMULA facturas de corrección/ facturas realizadas

NOMBRE DEL PROCESO	Auditoria de facturación		RESPONSABLE	Auditoria de facturación		
OBJETIVO DEL PROCESO	Revisar facturas con gran detalle teniendo con base la normatividad organizacional legislativa y contractual para filtrar las facturas que incumplen para devolución y corrección.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de factura hasta su devolución o entrega según corresponda.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Contratos y convenios con entidades Legislación vigente	Proceso Planeación estratégica	P Planificar procesos de auditoria eficaces	Coordinación de facturación Auditoria de facturación	Plan de auditoria de facturación	Auditoria de facturación	
Plan de auditoria de facturación facturación y sus soportes que correspondan	Empleados del área de facturación de urgencias, hospitalización y consulta eterna	H Revisar factura a factura Entregar facturación correcta, devolver facturación incorrecta	Auditoria de facturación	facturación que responde a la normatividad facturación incorrecta y a sea por inconsistencias o incumplimiento a normatividad	Armado de cuentas área de facturación de urgencias, hospitalización y consulta eterna	
Informe de seguimiento SGC Infirmitudes de auditorias	Proceso de seguimiento y control	V Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Armado de cuentas Coordinación de facturación	Indicadores de Gestión Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de planeación estratégica Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación	
Informe de auditoria	Proceso de seguimiento y control	A Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.	

RECURSOS	HUMANO: Empleados de la organización de auditoria de facturación y armado de cuentas INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo (comodidad)	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO EXTERNO
REQUISITOS APPLICABLES	CLIENTES		NOMBRE FORMULA

	LEGALES y	Indicadores de gestión	Indicador de efectividad de auditoría	facturas sin corrección a armado de cuentas/ facturas entregadas
	REGLAMENTARIOS			
	ORGANIZACIONALES			
	NORMA			

Tabla 22 MATRIZ DE CARACTERIZACION AUDITORIA DE FACTURACION

Tabla 23 MATRIZ DE CARACTERIZACION ARMADO DE CUENTAS

NOMBRE DEL PROCESO	Armado de cuentas		RESPONSABLE	Auxiliares de armado de cuentas		
OBJETIVO DEL PROCESO	Organizar, clasificar y revisar facturas por entidad correctamente atendiendo a la normatividad y requerimientos comunicados y dichos por las entidades promotoras de salud y de convenio para su aceptación a satisfacción de las entidades.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de las facturas hasta su envío como cuenta de cobro a las entidades.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Contratos y convenios con Entidades Legislación vigente	Proceso Planeación estratégica	P Planificar procesos de armado atendiendo a la normatividad Planificar revisión general de facturación	Coordinación de facturación Armado de cuentas	Plan de armado de cuentas de cobro Plan de revisión general	Auxiliares de armado de cuentas	
Plan de armado y revisión de cuentas facturación y sus soportes que correspondan entregados por auditoría y consulta externa	Empleados del área de facturación de urgencias, hospitalización y consulta externa	H Revisar factura de manera general organizar clasificar cada cuenta de cobro según su entidad y plan responsable	Armado de cuentas	Cuentas de cobro listas para enviar a EPS o entidades de convenio. cuentas de cobro listas para anexar RIPS	Entidades de convenio y EPSS Auxiliar administrativo RIPS	
Informe de seguimiento SGC	Proceso de seguimiento y control	V Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso	Auditoría de cuentas medicas	Indicadores de Gestión	Proceso de planeación estratégica	

Infirmeres de auditorías			Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Coordinación de facturación	Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación
Informe de auditoría	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativo control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.

A

RECURSOS	<p>HUMANO: Auxiliar de armado de cuentas</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet.</p> <p>TRANSPORTE: Carros y mensajería</p> <p>AMBIENTE DE TRABAJO: Sillas puestos de trabajo (comodidad)</p>	DOCUMENTOS ASOCIADOS	<p>INTERNO</p> <p>EXTERNO</p>
REQUISITOS APLICABLES	<p>CLIENTES</p> <p>LEGALES y</p> <p>REGLAMENTARIOS</p> <p>ORGANIZACIONALES</p> <p>NORMA</p>	Indicadores de gestión	<p>NOMBRE</p> <p>Indicador de eficiencia de armado</p> <p>FORMULA</p> <p>facturas enviadas a prestador de servicio equivocado u otro plan/ facturas enviadas</p>

Tabla 24 MATRIZ DE CARACTERIZACION RIPS CUENTA DE COBRO

NOMBRE DEL PROCESO	RIPS de cuenta de cobro		RESPONSABLE	Auxiliar administrativo facturación RIPS		
OBJETIVO DEL PROCESO	generar validación y entrega de RIPS (registro individual de prestadores de salud), los cuales hacen parte fundamental y obligatoria para el cobro del servicio prestado		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de las cuentas de cobro hasta su envío como cuenta de cobro a EPS y entidades contratadas y de convenio.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Contratos y convenios con EPSS Legislación vigente	Proceso Planeación estratégica	P Planificar validación y entrega de rips respondiendo a la normatividad	Coordinación de facturación Auxiliar administrativo facturación RIPS	Plan de generación de validación del registro individual de prestadores de salud	Auxiliar administrativo facturación RIPS	
Plan de generación de validación del registro individual de prestadores de salud Cuentas de cobro clasificadas por plan y EPS	Armado de cuentas	H generación de la validación de RIPS y adjuntarlos a la cuenta de cobro según corresponda por requisito contractual	Auxiliar administrativo facturación RIPS	Cuentas de cobro listas para enviar a EPS o entidades de convenio.	Entidades de convenio y EPSS	
Informe de seguimiento SGC Infirres de auditorias	Proceso de seguimiento y control	V Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Coordinación de facturación	Indicadores de Gestión Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de planeación estratégica Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación	
Informe de auditoria	Proceso de seguimiento y control	A Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.	

A

RECURSOS	HUMANO: Auxiliar administrativo o RIPS INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO: Sillas puestos de trabajo (comodidad)	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO	
REQUISITOS APLICABLES	CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE Indicador de eficiencia Rips	FORMULA facturas devueltas a HRS por conceptos relacionados con RIPS/ facturas enviadas

Tabla 25 MATRIZA DE CARACTERIZACION PROCESO DE GESTION YB SUPERVISION Y COORDINACION

NOMBRE DEL PROCESO	Proceso de gestión de supervisión y coordinación		RESPONSABLE	Coordinador de facturación		
OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por el cumplimiento contractual, legal y organizacional de la facturación con gran eficiencia atendiendo a particularidades en procesos específicos como a conciliaciones con entes de convenio o contrato para el cumplimiento del pago de la factura y cuentas de cobro.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde el cargue de la facturas de cobro hasta su envío como cuenta de cobro a EPS o entidades de convenio.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Contratos y convenios con entidades Legislación vigente política y objetivos de calidad objetivos organizacionales	Proceso Planeación estratégica	P Planificar supervisión y coordinación de los diferentes procesos de la facturación desde su inicio hasta su final. Planificación de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobro	Coordinación de facturación Subgerente administrativa control interno	plan de supervisión y coordinación Plan de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobros de las entidades.	Coordinación de facturación	
plan de supervisión y coordinación		H Supervisar, coordinar y atender procesos consultas que se presenten en el proceso de facturación.	Coordinador de facturación	Facturación devuelta corregida o rechazada según corresponda.	Entidades de convenio y EPSS	

Plan de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobros de las entidades.	EPSS Y ENTIDADES DE CONVENIO		Contestar ágilmente la facturas devueltas atendiendo los requerimiento y los conceptos de devolución para su exterior reenvío.		Correctivos a empleados de facturación disciplinar o de procedimental	Empleados de la organización del área de facturación.
Informe de seguimiento SGC	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso		Indicadores de Gestión	Proceso de planeación estratégica
Infirmerías de auditorías			Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Coordinación de facturación	Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación
Informe de auditoría	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación.	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.

A

RECURSOS	HUMANO: coordinador de facturación INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO puestos de trabajo (comodidad)	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO	
REQUISITOS APLICABLES	CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE Indicador de devoluciones indicador de efectividad de facturas devueltas respondidas	FORMULA $\frac{\text{facturas devueltas Respondidas}}{\text{facturas devueltas}}$ $\frac{\text{facturas devueltas de las respondidas}}{\text{facturas respondidas}}$

Tabla 26 MATRIZ DE CARACTERIZACION TECNOLÓGICA E INFORMÁTICA

NOMBRE DEL PROCESO	Proceso de gestión tecnológica e informática.		RESPONSABLE	Jefe de Sistemas		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar el debido funcionamiento de redes, de software de hardware que intervienen y son materiales con el área de facturación.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD		RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES
presupuesto para compra y mantenimiento de equipos Políticas organizacionales necesidades de sistematización	Proceso Planeación estratégica	P	Planificación de compra de equipos Plan de mantenimiento lógico y físico de equipos y redes Plan de atención de soportes al área de facturación	Jefe de sistemas	Plan de cambio de equipos por obsolescencia Plan de mantenimiento de equipos Plan de atención de necesidades y soportes al área de facturación	Empleados de la organización del área de sistemas.
Plan de cambio de equipos por obsolescencia Plan de mantenimiento de equipos Plan de atención de necesidades y soportes al área de facturación	Proceso de gestión tecnológica e informática.	H	Realizar cambio de equipo según corresponda realizar mantenimientos periódicos lógicos y físicos de prevención Atender a soportes técnicos de hardware y de software del área de facturación.	Empleados de la organización del área de sistemas.	Equipos nuevos Equipos optimizados para su función Eficiencia en el ciclo de facturación	Empleados de la organización del área de facturación.
Informe de seguimiento SGC Infirμες de auditorias	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Jefe del Área de sistemas	Indicadores de Gestión Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de planeación estratégica Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación

Informe de auditoria	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.
		A				
RECURSOS		HUMANO: Empleados de la organización área de sistemas INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet herramientas necesarias. AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo (comodidad)		DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO	
REQUISITOS APLICABLES		ORGANIZACIONALES NORMA		Indicadores de gestión	NOMBRE INDICE DE MATNENIMIENTO INDICE DE SOPORTE	FORMULA Mantenimientos hechos/ mantenimientos planeados Soportes atendidos/ Soportes solicitados

Tabla 27 MATRIZ DE CRACTERIZACION GESTION DE RECURSOS

NOMBRE DEL PROCESO	Gestión de recursos		RESPONSABLE	Jefe de almacén		
OBJETIVO DEL PROCESO	Proporcionar los debidos pedidos hechos por el área de facturación.		ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
presupuesto para compra de recursos Políticas organizacionales necesidades de del área de facturación	Proceso Planeación estratégica	P Planificación de compra de recursos Plan de atención de pedidos del área de facturación.	Jefe de almacén	Plan de compra de recursos Plan de atención y distribución de pedidos	Empleados de la organización del área de almacén.	

Plan de compra de recursos	Proceso de gestión de recursos	H	Realizar compra de recursos necesarios		Obtención de recursos necesarios	
Plan de atención y distribución de pedidos			Recibir pedido de facturación y distribuir recursos a facturación	Empleados de la organización del área de almacén.	Distribución de recursos necesarios para una efectiva facturación Eficiencia en el ciclo de facturación	Empleados de la organización del área de facturación.
Informe de seguimiento SGC	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso	Jefe de almacén	Indicadores de Gestión	Proceso de planeación estratégica
Infirmerías de auditorías			Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso		Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación
Informe de auditoría	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.

A

RECURSOS	HUMANO: Empleados de la organización del área de almacén INFRAESTRUCTURA: Oficinas, bodega, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopiadora, Internet. AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo (comodidad)	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO	
REQUISITOS APLICABLES	ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE INDICE DE ENTREGA DE RECURSOS	FORMULA # de recursos pedidos entregados/recursos pedidos

Tabla 28 CARACTERIZACION DE PROCESOS GESTION DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL PROCESO	Gestión del Talento Humano			RESPONSABLE	Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar las competencias del talento humano del a organización en forma oportuna y eficiente en un ambiente laboral favorable			ALCANCE	Este proceso aplica a todos los cargos de la organización que incluye las actividades desde la selección hasta la evaluación del personal.		
ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD		RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES	
Presupuesto para capacitaciones Políticas institucionales Solicitudes de capacitación Necesidades del personal	Proceso de gestión financiera Proceso de planeación estratégica todos los procesos	P	Planificar necesidades de capacitación y personal	Jefe oficina de Talento Humano Coordinador de facturación	Plan de capacitación Plan de vinculación del personal	Empleados de la organización relacionados Todos los procesos de facturación	
Plan de capacitación Plan de vinculación del personal	Gestión del Talento Humano	H	Ejecutar los planes de capacitación Realizar los procesos de selección de personal	Personal de la oficina de Talento Humano relacionado con el área	Empleados capacitados Empleados vinculados	Empleados de la organización relacionados Todos los procesos de facturación	
Informe de seguimiento SGC Infirmes de auditorias	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación	Indicadores de Gestión Definición de panes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de planeación estratégica Proceso de gestión de calidad	
Informe de auditoria	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.	
		A					
RECURSOS		HUMANO: Empleados de la organización relacionados con el área de facturación INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, video beam. AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo (comodidad)		DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNOS EXTERNOS		
REQUISITOS APLICABLES		CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA		Indicadores de gestión	NOMBRE Cumplimiento del plan de Capacitaciones	FORMULA Capacitaciones ejecutadas/ Capacitaciones planeadas	

Tabla 29 MATRIZ DE CARACTERIZACIÓN POR PROCESOS DE EVALUACIÓN

NOMBRE DEL PROCESO	Proceso de evaluación			RESPONSABLE	Jefe de auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación	
OBJETIVO DEL PROCESO	Evaluar el ciclo de facturación en sus procesos y procedimientos así también su personal.			ALCANCE	Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.	
ENTRADAS	PROVEEDOR		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	CLIENTES
Presupuesto para procesos de auditoría	Proceso Planeación estratégica	P	Planificación de programa de auditoría	Jefe de auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación	Plan de auditoría	Empleados de la organización del área de auditoría de cuentas médicas. Coordinador de facturación
Plan de auditoría	Proceso de evaluación	H	Análisis de facturas devueltas y glosadas por entidades Auditoría a procedimientos de cada rol o subárea de facturación Redactar informe de resultados de auditoría	Empleados de la organización del área de auditoría de cuentas médicas y coordinación de facturación.	Resultados de conceptos de glosa o devolución Resultados de desempeño según conceptos de glosa o devolución Resultado de auditoría general.	Empleados de la organización del área de facturación.
Informe de seguimiento SGC Infirmitudes de auditorías	Proceso de seguimiento y control	V	Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso	Jefe de auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación	Indicadores de Gestión Definición de planes de mejoramiento producto del análisis de datos.	Proceso de planeación estratégica Proceso de gestión de calidad, Coordinador de facturación
Informe de auditoría	Proceso de seguimiento y control	A	Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información	Subgerente administrativa control interno y coordinación de facturación	Registro para las correcciones, Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Planes de mejoramiento ejecutados	Proceso de Seguimiento y control. Proceso de la gestión de la calidad.

A				
RECURSOS	<p>HUMANO: Empleados de la organización coordinador de facturación</p> <p>INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet.</p> <p>AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo (comodidad)</p>	DOCUMENTOS ASOCIADOS	INTERNO	
REQUISITOS APLICABLES	CLIENTES LEGALES REGLAMENTARIOS ORGANIZACIONALES NORMA	Indicadores de gestión	NOMBRE INDICE DE EFICIENCIA DE AUDITORIA	FORMULA # De conceptos Dev. Corregidos/ conceptos reportados de Dev.

6.2.2.3. POLITICA DE CALIDAD

Es necesario plantear una política de calidad. La política de calidad apoya el propósito de la organización y constituye un enfoque de calidad que se desea tomar para conseguir el éxito.

POLITICA DE CALIDAD

El hospital regional de Sogamoso es una institución de carácter público que brinda servicios de salud de alta calidad idóneos para la región; en su área de facturación se tiene como compromiso la constitución de una área ecuánime e idónea, atendiendo todas las necesidades del cliente ya sea entidad promotora de salud o persona particular, generando una facturación en concordancia con la legislación vigente y contractual soportada en el desarrollo del recurso humano y la tecnología manteniendo un mejoramiento continuo en sus procesos.

Comunicar Política de Calidad

Según dice la norma ISO 9001 2015 la política de calidad debe ser comunicada a nuestro personal, clientes, proveedores y partes interesadas.

Es recomendable tenerla en el tablón de anuncios de la organización, en los despachos de los ejecutivos y colgarla en la web de la organización para que llegue a todos los clientes y partes interesadas.¹¹

6.2.2.4.LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Según dice la norma ISO 9001 2015 debemos establecer objetivos de calidad y realizar una planificación para conseguirlos.

¿Qué requisitos deben tener los objetivos de Calidad para ISO 9001 2015?

Dichos requisitos deben estar **relacionados con la política de calidad**.

Deberán ser medibles. No se puede mejorar lo que no se controla, no se puede controlar lo que no se mide y no se puede medir lo que no se define.

Se tienen que considerar los requisitos aplicables. Se deben considerar los requisitos del sistema de gestión, de los clientes, los requisitos legales, etc.

Ser acertados para la conformidad de los diferentes productos y servicios, además de aumentar la satisfacción del cliente. Este enfoque es el que mueve nuestro sistema de gestión, así que los objetivos deben estar enfocados en esta línea.

Ser objeto de seguimiento. Se deberá establecer una periodicidad para su medición, control y análisis.

Ser comunicados. Deben ser comunicados a todas las partes interesadas, se analizan sus resultados en la reunión de revisión por la dirección.

Actualizarse. Según se vayan analizando deben actualizarse según convenga.

Se debe mantener la información documentada en cuanto a los objetivos de calidad.¹²

OBJETIVOS DE CALIDAD

- Aumentar las capacitaciones al recurso humano en temas legales y contractuales.
- Disminuir la inconformidad por parte del cliente en la facturación de los servicios prestados.

¹¹ <https://www.isotools.org/2016/12/22/iso-9001-2015como-redactar-la-politica-calidad/>

¹² Opcit.<https://www.isotools.org/2016/12/22/iso-9001-2015como-redactar-la-politica-calidad/>

- Cumplir las negociaciones pactadas con los clientes en concordancia con la legislación Colombiana.

Tabla 30 DESCRIPCION DE OBJETIVOS DE CALIDAD

COMPROMISO DE LA POLITICA	OBJETIVO	META	INDICADOR	TIEMPO PARA LOGRAR EL OBJETIVO
constitución de una área ecuánime e idónea	Aumentar las capacitaciones al recurso humano en temas legales y contractuales	Actualizar al recurso humano de facturación de temas materiales para con el área 6 veces al año.	numero de capacitaciones realizadas en el año/ número de capacitaciones planeadas	D-M-A
Atender todas las necesidades del cliente,	Disminuir la inconformidad por parte del cliente en la facturación de los servicios prestados	Disminución de glosas y devoluciones de facturas por parte del cliente en un periodo determinado a un 5% de las facturas realizadas en determinado periodo.	Facturas devueltas y glosadas en el periodo *100% / facturas realizadas en el periodo	Día-mes-año
Generando una facturación en concordancia con la legislación vigente y contractual.	Cumplir las negociaciones pactadas con los clientes en concordancia con la legislación Colombiana.	Estipular procesos y procedimientos que contribuyan al cumplimiento de los requisitos contractuales y legislativos	Procesos implantados/ procesos planeados.	Día/mes/año

6.2.2.5. DOCUMENTACION DE PROCESOS

6.2.2.5.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Este documento agrupa los procedimientos documentados basados en los requeridos por la norma ISO 9001:2015 como son:

- Control de documentos,
- Control de registros,
- Auditoria interna al SGC,
- Control del servicio no conforme,
- Acción correctiva
- Acción preventiva

A continuación se describen cada uno de los procedimientos.

P.01 CONTROL DE DOCUMENTOS

1. Objetivo

Tiene como objetivo este procedimiento describir las actividades necesarias o requeridas para el control de los documentos, en ase del principio de tener un sistema de gestión de calidad documentado.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a los documentos que están relacionados con sistema de gestión de calidad desde su planeación hasta su evaluación.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Tabla 31

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o modificar documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 	COMITÉ DE CALIDAD

Los documentos son elaborados o modificados por personal calificado (Ver Matriz de Funciones y Responsabilidades), comprensibles para el personal que ha

de utilizarlo, legibles, claramente identificables, coherentes con el SGC, se desprenden de los procesos y pueden ser:

- Planes, como “Plan Estratégico”, Planes de calidad...
- Manuales, como “Manual de Gestión de la Calidad”...

Los procedimientos e instructivos tienen la siguiente estructura:

- Objeto: Describe la finalidad, el porqué del documento.
- Alcance: Define el alcance, los límites del documento.
- Descripción del procedimiento: Se describen en forma tabular, se amplía la información sobre las actividades del numeral .

Tabla 32

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y aprobar documentos del sistema de gestión de calidad. 	COMITÉ DE CALIDAD

Se considera que los documentos del SGC han sido revisados y aprobados por el comité de calidad es decir subgerencia administrativa, control interno, coordinador de facturación. (Ver Matriz de Funciones y Responsabilidades) y que han sido firmados originalmente por ellos.

Tabla 33

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y actualizar documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 	Equipo de calidad

Los documentos del SGC se desprenden de los procesos y se identifican por su nombre. Se los actualiza agregándoles un número que representa la Versión del documento.

Las modificaciones realizadas a los capítulos o procedimientos de la documentación del SGC serán registradas en el “Histórico de modificaciones” del mismo. Los

documentos del SGC publicados en el internet se consideran actualizados y vigentes tanto para consulta como para impresión.

Los documentos externos que no están en medio magnéticos son archivados en la carpeta “Documentos externos”.

Tabla 34

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.4	<ul style="list-style-type: none"> Distribuir los nuevos documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 	Equipo de calidad

La distribución y control de los documentos se realiza a través de la página de internet del HRS y por cartelera en área de facturación además de ser comunicada verbalmente por encargado de área de facturación tiene una vez que los documentos han sido

La equipo de calidad monitoreará que los documentos del SGC que se encuentren en el internet estén vigentes.

Si no hubiese internet el equipo de calidad podrá entregar los documentos del SGC en electrónico y en PDF, Con el fin de descargarlo en sus equipos de cómputo.

Tabla 35

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.5	<ul style="list-style-type: none"> Archivar documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad. 	Equipo de calidad

Cualquier documento impreso es obsoleto y no controlado a excepción del original y deberá llevar la leyenda “Toda copia impresa en papel o similares es un documento no controlado a excepción del original”.

Se conservan documentos obsoletos en un archivo “Documentos sin vigencia”, hasta por 2 años, si es necesario.

Tabla 36

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.6	<ul style="list-style-type: none"> • Dar mantenimiento a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 	Equipo de calidad

Los documentos del SGC están accesibles para el personal que ha de utilizarlos. Cuando se detecta que un documento está ilegible o deteriorado, se comunica al comité de calidad inmediatamente para su sustitución.

P.02 CONTROL DE REGISTROS

1. Objeto

Este procedimiento tiene como objetivo permitir un control de los registros del sistema de gestión de calidad del área de facturación del HRS.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a los registros de calidad del sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Tabla 37

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	Llenar y actualizar registros	Usuario del registro
3.2	Identificar registro	Usuario del registro
3.3	Almacenar registros	Encargado del área
3.4	Proteger registros	Encargado del área
3.5	Archivar registros	Encargado del área
3.6	Disponibilidad de los registros	Sistemas

3.1. Llenar registros

Los registros se llenan y se actualizan por la persona que utiliza el registro; son efectivos, exactos, concisos, legibles e identificables que proporcionan información útil y necesaria hacia la mejora continua.

Es necesario que los registros preferiblemente que estén en medio magnético o electrónico.

3.2. Identificar registros

Se identifican los registros por el área y el nombre que lo describe es decir por ejemplo: evaluación de auditoría interna.

3.3. Almacenar registros

La persona responsable del registro, lo almacena permitiendo fácilmente su recuperación. Si es en medio electrónico, se asigna al personal autorizado una clave de acceso a los registros que según el nivel de autorización le permitirá solo para lectura, o para modificación según el trámite requerido.

3.4. Proteger registros

Se consideran los siguientes aspectos:

- Seguridad y control de acceso: Mediante claves de acceso.
- Control de cambios: Registrado cada vez que se realiza.
- Control de respaldo: Mediante respaldo por parte de los usuarios.
- Control en caso de falla del sistema computacional: Se genera un respaldo en físico o electrónico cuando sea conveniente que garantice la recuperación en caso de siniestro o contingencia que los ponga en riesgo de pérdida.
- Conservación de registros: Retiene los registros de calidad en el lugar de uso durante el tiempo establecido en la lista para control de registros.
- Comprobación de virus: Se cuenta con antivirus con el cual se revisa la información electrónica.

3.5. Archivar registros

El Usuario del registro los mantiene en las carpetas correspondientes, sea impreso o magnético, identificándolos por el período de tiempo al que hace alusión el documento.

La identificación, el almacenamiento, el responsable, el tiempo de retención y la disposición final de los registros se referencian en la “Lista Maestra de Registros” que es el compendio de todos los registros.

3.6. Dar mantenimiento a los registros

Los registros están accesibles para el personal que ha de utilizarlos. El área de sistemas revisa en los registros: en cuanto a seguridad, control de cambios, control de acceso, comprobación de virus, conservación de registros, control de respaldo, prueba de recuperación, y control en caso de fallo por parte del computador ya sea física o lógica.

P.03 AUDITORIA INTERNA

1. Objeto

Este procedimiento dice o describe las actividades que se necesitan para planificar y realizar una auditoría del sistema de gestión de calidad al área de facturación del HRS.

2. Alcance

Aplicación de este procedimiento a todas las áreas que afecte el sistema de gestión de calidad.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Tabla 38

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	Planificar programas de auditorías internas	COMITÉ DE CALIDAD
3.2	Preparar lista de verificación de auditoría interna y plan de auditoría interna	GRUPO EVALUADOR
3.3	Realizar auditoría interna	GRUPO EVALUADOR
3.4	Informar resultados de la auditoría	GRUPO EVALUADOR
3.5	Actualizar lista de verificación de auditoría interna	EQUIPO DE CALIDAD

3.1. Planificar programas de auditorías internas

El responsable del proceso de Auditoría Interna es el comité de calidad, planifica el programa de auditoría interna, considerando que los auditores internos sean independientes de las áreas auditadas, competentes de acuerdo a este procedimiento y

que no generen conflicto de intereses. Informa al auditor interno sobre el plan de auditoría y en caso de ser necesario, se podrá delegar la realización de la auditoría interna a organismos externos.

La frecuencia de las auditorías se realizará mínimo 2 veces por año y estará dada por criterios tales como: cumplimiento de los objetivos de calidad, estado e importancia de los procesos del SGC.

3.2. Preparar lista de verificación de auditoría interna y Plan de auditoría interna

El auditor interno preparará la auditoría elaborando un plan de auditoría que considere: objetivo, alcance y criterios de la auditoría, revisión de documentos aplicables incluidos registros, comprensión de los procesos involucrados, resultados de auditorías previas, notificación al personal a ser auditado.

3.3. Realizar auditoría interna

Realiza la auditoría utilizando una la lista de verificación, según los procesos indicados en el plan de auditoría. Verifica evidencias objetivas revisando el cumplimiento o no de los requisitos establecidos. Si encuentra alguna no conformidad u observaciones al Sistema de Gestión de Calidad, procede a registrarla en la lista de verificación para que subsiguientemente sea diligenciada acorde a lo indicado en el procedimiento de acciones correctivas/preventivas.

Si fuese necesario se hará una reunión de inicio o apertura de la auditoría interna, en la que se reconfirmará con el personal a ser auditado, los temas del numeral 3.2.

3.4. Informar resultados de auditoría

Realiza una reunión de cierre entre los auditados y el, con la finalidad de informar los resultados de la auditoría. Los asistentes pueden hacer recomendaciones para eliminar las no conformidades y sus causas y para mejorar el SGC.

El Responsable de comité de calidad asignará al analista para efectuar el seguimiento de la efectividad de las acciones correctivas tomadas y de presentar los resultados en la Revisión por la dirección.

3.5. Actualizar lista de verificación de auditoría interna

El Responsable del proceso de auditoría es el comité de calidad, quien actualiza: objetivo, alcance y criterios de la auditoría, revisión de documentos aplicables incluidos registros, comprensión de los procesos involucrados, resultados de auditorías previas, notificación al personal a ser auditado; en donde se comparan los requisitos y la planeación con los registros y proceso documentados en la ejecución del servicio de facturación.

P.04 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que se siguen para la gestión y control de un servicio no conforme del SGC, buscando prevenir su realización no intencional.

2. Alcance

El procedimiento se aplica al curso no conforme del sistema de gestión de calidad.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Tabla 39

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar servicio no conforme	Totalidad del área
3.2	Definir acción correctiva y ejecutarla	Por asignación
3.3	Archivar documentación generada	Comité de calidad

3.1. Detectar servicio no conforme

Se considera como servicio es no conforme cuando incumple sus requisitos, pudiendo ser:

- Devoluciones y glosas hechas por las entidades de contratación y de convenio.

3.2. Definir acción correctiva y ejecutarla

Se analiza la situación, se determina las causas del servicio no conforme, se proponen acciones correctivas, se las evalúa, y se selecciona (define) la acción correctiva a implantarse, considerando: Responsable de la ejecución, tiempo de ejecución, recursos requeridos.

Después de definir la acción correctiva, se asignan los recursos, se la implanta y se evalúan sus resultados. Si se resuelve la no-conformidad, se va al numeral 3.3, en caso contrario, se vuelve a Analizar el problema.

3.3. Archivar documentación generada

Se archiva la documentación generada, junto a la decisión tomada.

P.05 ACCION CORRECTIVA

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que permitan eliminar las causas de una no-conformidad que haya ocurrido.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a cualquier no-conformidad presentada que afecta el sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCESO

Tabla 40

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar necesidad de una acción correctiva	Todos
3.2	Seleccionar responsable de ejecutar la acción	Principal Comité de calidad
3.3	Determinar las causas de la acción correctiva	Responsable asignado
3.4	Seleccionar la acción correctiva	Responsable asignado
3.5	Ejecutar la acción correctiva	Responsable asignado

3.6	Evaluar la acción correctiva	Responsable asignado
3.7	Archivar documentación	Comité de calidad

3.1. Detectar necesidad de una acción correctiva

Se detectan las necesidades de una acción correctiva, revisando las no conformidades, incluyendo incumplimiento de los objetivos, sugerencias de Mejoras de los clientes

Las Acciones Correctivas no deben confundirse con las correcciones. Las correcciones buscan eliminar una no conformidad y las Acciones Correctivas las causas. La Acción Correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse.

Las acciones correctivas son diligenciadas en un “Reporte de no conformidades”.

3.2 Seleccionar responsable de ejecutar la acción Correctiva

El principal del comité de calidad es el responsable de asignar al responsable de ejecutar la acción correctiva.

3.3. Determinar las causas de la acción correctiva

El responsable de ejecutar la acción analiza el problema, revisa la documentación pertinente y determina las causas que pueden originar la No Conformidad.

3.4. Seleccionar la acción Correctiva

El responsable de la actividad, plantea alternativas, las evalúa, selecciona la más adecuada.

3.5. Ejecutar la acción Correctiva

Una vez seleccionada la acción se ejecuta con el fin de eliminar la(s) causa(s) de la no-conformidad o de la situación indeseable existente.

3.6. Evaluar la acción Correctiva

Después de ejecutarla, el responsable verifica que las acciones tomadas hayan eliminado las causas de la no-conformidad existente y establece los criterios de control.

3.7. Archivar documentación

Si la acción correctiva fue efectiva, se procede a cerrarla, registrarla y archivar la documentación generada. Si no fuese efectiva, se la deja abierta y se plantean otras alternativas hasta que se logre la solución definitiva, repitiendo el procedimiento establecido.

P.06 ACCION PREVENIVA

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que permitan eliminar las causas de una no-conformidad que puedan ocurrir.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a cualquier no-conformidad que puede afectar el sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCESO

Tabla 41

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar necesidad de una acción preventiva	Todos
3.2	Seleccionar responsable de ejecutar la acción	Principal Comité de calidad
3.3	Determinar las causas de la acción preventiva	Responsable asignado
3.4	Seleccionar la acción preventiva	Responsable asignado
3.5	Ejecutar la acción preventiva	Responsable asignado
3.6	Evaluar la acción preventiva	Responsable asignado
3.7	Archivar documentación	Comité de calidad

3.1. Detectar necesidad de una acción preventiva

Se detectan las necesidades de una acción preventiva, revisando las no conformidades, incluyendo incumplimiento de los objetivos, sugerencias de Mejoras de los clientes

Las acciones preventivas son diligenciadas en un Reporte de potenciales no conformidades.

3.2 Seleccionar responsable de ejecutar la acción Preventiva

El principal del comité de calidad es el responsable de asignar al responsable de ejecutar la acción preventiva.

3.3. Determinar las causas de la acción preventiva

El responsable de ejecutar la acción analiza el problema, revisa la documentación pertinente y determina las causas que pueden originar la No Conformidad o la situación indeseable.

3.4. Seleccionar la acción preventiva

El responsable de la actividad, plantea alternativas, las evalúa, selecciona la más adecuada.

3.5. Ejecutar la acción preventiva

Una vez seleccionada la acción se ejecuta con el fin de eliminar las causas de la no-conformidad o de la situación indeseable potencial.

3.6. Evaluar la acción preventiva

Después de ejecutarla, el responsable verifica que las acciones tomadas hayan eliminado las causas de la no-conformidad existente y establece los criterios de control.

3.7. Archivar documentación

Si la acción correctiva fue efectiva, se procede a cerrarla, registrarla y archivar la documentación generada. Si no fuese efectiva, se la deja abierta y se plantean otras alternativas hasta que se logre la solución definitiva, repitiendo el procedimiento establecido.

6.2.2.5.2. INSTRUCTIVO DE PROCESOS

Este documento detalla los procesos enunciados en el mapa de procesos como lo son:

PROCESOS ESTRATEGICOS

- Gestión estratégica

PROCESOS MISIONALES

- Proceso de gestión operacional
- Proceso de gestión de supervisión y coordinación

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de gestión tecnológica e informática
- Gestión de recursos
- Gestión de talento humano

EVALUACION

- Control interno, Auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación

6.2.2.5.2.1. Gestión estratégica c.35

a. Objetivo del proceso

Gestionar el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad, direccionándolos continuamente a estos teniendo en cuenta la legislación, contractualidad y requisitos para su continua comunicación.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la implementación hasta el cumplimiento y mejora.

c. Descripción de la tarea

Planeación

- Planificar política y objetivos de calidad y también la planificación de implementación de estos.
- Planificación de una continua comunicación de la planeación estratégica por diferentes canales de comunicación

Estas dos actividades de planeación se deben ejecutar a partir de las políticas institucionales y el presupuesto para la implementación; en esta planeación serán los responsables: subgerente administrativo, control interno y coordinador de facturación.

Hacer

En esta etapa es importante seguir las instrucciones a partir del plan de implementación de las políticas y los objetivos establecidos en la planificación:

- Informar a empleados relacionados con el área de facturación sobre el proceso que se empezara a llevar a cabo a partir de la fecha definida.
- Se debe comunicar por los medios disponibles es decir: página web, carteleras visibles y reuniones con involucrados.
- Dar directrices a cada área de su papel en el área de facturación.

Realizar de procesos de comunicación periódicamente.

- Los cambios en procedimientos, en instructivos, en política y en objetivos se deben comunicar por los medios mencionados en la implementación
- Este proceso tiene como responsable a todo el personal de facturación.

Verificar

Actividades que deben desarrollar superintendente administrativa, control interno y coordinación de facturación en compañía del líder del proceso de seguimiento y control si no está entre los nombrados

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La superintendente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: Empleados de la organización relacionados con el área de facturación.

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, video beam, Internet, sillas etc...

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CON CLIENTES: Contratos y convenios con las entidades

LEGALES Y REGLAMENTARIOS:

- Resolución 1995 de 1999
- Decreto 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007
- Decreto 4747 del 2007
- Resolución 3047 del 2008
- Circular 02 de 2009
- Manual Único de Procedimientos de Facturación
- Resolución 019 de 2016

ORGANIZACIONALES: reglamento interno y políticas institucionales

NORMA: ISO 9001

f. INDICADORES DE GESTION

- Cumplimiento a clientes = facturas devueltas VS índice de materialidad

Si este número de facturas devueltas supera el índice de materialidad por concepto se material y representativo para tomar acciones correctivas y preventivas.

- *Cumplimiento de comunicación del plan estratégico y su implementación =*
$$\frac{\# \text{ comunicaciones periódicas SGC dadas}}{\# \text{ comunicación del SGC dadas}}$$

6.2.2.5.2.2. Cargue de factura, soportes de facturas y armado de factura. C.36

a. Objetivo del proceso

Realizar armado de factura eficientemente atendiendo a la normatividad y requisitos contractuales para el cumplimiento con el cliente y satisfacción de este.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde el cargue de la factura hasta el armado de la factura.

c. Descripción de la tarea

Planear

La ejecución de esta actividad se debe hacer conforme a los contratos y convenios con las entidades cliente y también con la legislación vigente teniendo como responsable al coordinador de facturación.

- Planificar procesos de facturación según legislación y requisitos de los convenios y contratos con EPS

Hacer

En esta etapa es necesario hacer la actividad conforme a lo planeado es decir conforme al plan de procesos y procedimientos de facturación para cada entidad los responsables son las áreas de facturación de urgencias, de hospitalización y consulta externa.

- Generar facturación con sus respectivos soportes.

Verificar

Responsable de la verificación es auditoria de facturación y deberá.

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: Empleados de la organización relacionados con el área de facturación urgencias, hospitalización y consulta externa al igual que auditoria de facturación y Facturación.

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet. Oficinas, computadores, impresoras, video beam, Internet, sillas etc...

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CONCLIENTES: para los clientes es necesario tener en cuenta que no van a ser los mismos clientes de la gestión estratégica ya que ellos son la entidad como organismo, en este caso son los afiliados a las entidades de contrato y convenio.

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 1995 de 1999
- Manual único de procedimientos de facturación

ORGANIZACIONALES

- Reglamento interno
- Políticas organizacionales

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- Cumplimiento carga de facturación = $\frac{\# \text{Facturas de corrección}}{\# \text{Facturas realizadas}}$

Este indicador lo ejecuta el auditor de facturación ya que él debe llevar el registro de facturas devueltas a que áreas al igual que el motivo, y también el número de facturas que le entregan.

6.2.2.5.2.3. Auditoria de facturación c.37

a. Objetivo del proceso

Revisar facturas con gran detalle teniendo con base la normatividad organizacional legislativa y contractual para filtrar las facturas que incumplen para devolución y corrección.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de factura hasta su devolución o entrega según corresponda.

c. Descripción de la tarea

Planeación

De acuerdo a los contratos y convenios se establece la actividad que da como resultado el plan de auditoria de facturación

- Planificar procesos de auditoria eficaces

Hacer

En este proceso se debe tener en cuenta el plan de auditoria de facturación, las facturas y sus soportes coherentes con lo facturado todo esto a cargo del auditor de facturación que tendrá que realizar las siguientes actividades:

Revisar factura a factura

Tabla 42 AUDITORIA DE FACTURA

AUDITORIA DE FACTURA			
	Esta auditoria consiste en la verificación de los soportes adjuntados en la factura se concordan con lo facturado, es decir los procedimientos, insumos, medicamentos.		
	FACTURADO	SOPORTE	DETALLES
	LABORATORIOS	SOPORTE DEL LABORATORIO CORRESPONDIENTE	FISICO

	MEDICAMENTOSNO POS	HOJA DE TRATAMIENTOS	SE VERIFICA QUE ESTE Y LA CANTIDAD
	MEDICAMENTOSPOS	HOJA DE TRATAMIENTOS	SE VERIFICA QUE ESTE Y LA CANTIDAD
	MATERIALESE INSUMOS	ORDEN MEDICA	SE VERIFICA QUE ESTE Y LA CANTIDAD
	ESTANCIA	EPICRISIS	ES NECESARIO REVISAR LA TOTALIDAD DE SOPORTES, Y HABITACIONES FACTURADAS
	CIRUGIAS	INFORME QUIRURGICO	FISICO Y CANTIDAD DE INFORMES
	ANESTESIA	INFORME ANESTESICO	FISICO Y CANTIDAD DE INFORMES
	Se verifican los precios, códigos mediante el manual tarifario SOAT decreto 2423 de 2006, los paquetes quirúrgicos vigentes.		

- Entregar facturación correcta, devolver facturación incorrecta

Verificar

La verificación de esta estará a cargo del área de armado de cuentas y coordinación de facturación

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: Empleados de auditoria de facturación y armado de cuentas

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet. Oficinas, computadores, impresoras, video beam, Internet, sillas etc...

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CONCLIENTES: para los clientes es necesario tener en cuenta que no van a ser los mismos clientes de la gestión estratégica ya que ellos son la entidad como organismo, en este caso son los afiliados a las entidades de contrato y convenio.

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 1995 de 1999
- Resolución 5426 de 2014
- Resolución 3047 del 2008
- Manual único de procedimientos de facturación

ORGANIZACIONALES

- Contrato con empleado
- Horarios de trabajo
- Reglamento interno

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- Indicador de efectividad de auditoria =
$$\frac{\# \text{ facturas sin corrección a armado de cuentas}}{\# \text{ Facturas entregada}}$$

Este indicador lo ejecuta armado de cuenta ya que él debe llevar el registro de facturas que se le entregan y el número de facturas que no cumplen los requisitos.

6.2.2.5.2.4. Armado de cuentas c.38

a. Objetivo del proceso

Organizar, clasificar y revisar facturas por entidad correctamente atendiendo a la normatividad y requerimientos comunicados y dichos por las entidades promotoras de salud y de convenio para su aceptación a satisfacción de las entidades.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de las facturas hasta su envío como cuenta de cobro a las entidades.

c. Descripción de la tarea

Planeación

Este proceso requiere los contratos y convenios con entidades y la legislación vigente en la planeación el responsable tanto coordinador de facturación como armado de cuentas

- Planificar procesos de armado atendiendo a la normatividad
- Planificar revisión general de facturación

Esto dará como salida plan de armado de cuentas de cobro y plan de revisión general.

Hacer

En este proceso de hacer se debe tener en cuenta lo planeado anteriormente y llevar sus lineamientos en donde el responsable es armado de cuentas.

- Revisar factura de manera general en:

Tabla 43 ENTIDADES Y REQUERIMIENTO DE LA FACTURA

ENTIDADES Y SUS REQUERIMIENTOS PARA FACTURA			
N°	ENTIDAD	DOCUMENTOS NECESARIOS	
1	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA E IMPRIMIR ESTADO PAGINA BATALLON.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA E IMPRIMIR ESTADO PAGINA BATALLON, VERIFICACION DE DERECHOS, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
2	POLICIA	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, CARNET, SOPORTES CITA, VERIFICACION DE DERECHOS, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
3	COLOMBIANA DE SALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION FIRMADA POR EL PACIENTE, ORDEN MÉDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION FIRMADA POR EL PACIENTE, ORDEN MÉDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION FIRMADA POR EL PACIENTE, ORDEN MÉDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
4	FAMISANAR	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO

		OSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
5	CAPRESOCA	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
6	COMPENSAR	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
7	COOSALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
8	EMDISALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.

		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
9	SANITAS	CONSULTA EXTERNA	VOLANTE DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	VOLANTE DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	VOLANTE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
10	SEGUROS DEL ESTADO ESTUDIANTIL	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, COPIA DE CARNET ASEGURADORA, FROMATO DE ACCIDENTES ESCOLARES. SOPORTES CITA. ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
11	PREVISORA	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.TOPES

		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3. TOPES
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
12	COMPAÑÍA DE SEGUROS PUBLICOS	CONSULTA EXTERNA	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		URGENCIAS	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
13	UPTC	CONSULTA EXTERNA	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID Y CARNET ESTUDIANTIL, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID Y DE CARNET ESTUDIANTIL, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	REFERENCIA DE AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID Y DE CARNET ESTUDIANTIL, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
14	UNISALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION). ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO

		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
15	LA EQUIDA SEGUROS DE VIDA RIESGOS PROFESIONALES	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
16	MAFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
17	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA.
		URGENCIAS	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA, ANEXO 2 Y ANEXO 3.
18	SECRETARIA DE SALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O CERTIFICADO, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA).

		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
19	COOMEVA	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
20	CAFÉ SALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO

		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
21	CAFÉ SALUD	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
22	NUEVA EPS	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO

		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
23	COMFAMILIAR	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO, OMOLOGOS NO POS
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO, OMOLOGOS NO POS
24	COMPARTAS II Y III	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO.
		MATERNAL INFANTIL II	ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO

		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO
25	COMFABOY	CONSULTA EXTERNA	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).
		URGENCIAS	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO, OMOLOGOS NO POS
		HOSPITALIZACION	AUTORIZACION O NAP, ORDEN MEDICA, COPIA DOC. DE ID, SOPORTES CITA (EPI, HC, NX), VALIDACIONES (DNP, FOSYGA O FORMATO DE AFILIACION).ANEXO 2 Y ANEXO 3 CON SOPORTE DE ENVIO 3 VECES. NO POS -> CTC Y SOPORTE DE ENVIO, OMOLOGOS NO POS
26	SOAT		COPIA DEL DOC DE ID
			LICENCIA
			CARTA DE PROPIEDAD
			COPIA DEL SEGURO VIGENTE (CONSORCIO FOSYGA, CARRO FANTASMA O NO ASEGURADO)
			EPICRISIS
			INFORME DEL ACCIDENTE DE TRANSITO
			CERTIFICACION DEL ACCIDENTE POR MEDICO
			SOPORTES

- organizar clasificar cada cuenta de cobro según su entidad y plan responsable

Verificar

La verificación es responsabilidad de auditoría de cuentas médicas y coordinación de facturación

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: auxiliares de armado de cuentas

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, fotocopidora, Internet. Oficinas, computadores, impresoras, video beam, Internet, sillas etc...

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CON CLIENTES

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato y la estructuración de papeles requeridos puesto que en todas la entidades con aplican los mismos papeles.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 1995 de 1999
- Resolución 1479 de 2015
- Resolución 5426 de 2014
- Resolución 5521 de 2013

ORGANIZACIONALES

- Reglamento interno
- Políticas organizacionales

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- Indicador de eficiencia de armado =
$$\frac{\# \text{ facturas enviadas a prestador de servicio equivocado u otro plan}}{\# \text{ Facturas enviadas}}$$

Este indicador lo ejecuta armado de cuenta ya que él debe llevar el registro de facturas enviada y coordinador de facturación el número de facturas enviadas a prestador de servicio equivocado u otro plan.

6.2.2.5.2.5. RIPS dé cuenta de cobro c.39

a. Objetivo del proceso

Generar validación y entrega de RIPS (registro individual de prestadores de salud), los cuales hacen parte fundamental y obligatoria para el cobro del servicio prestado

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde la entrega de las cuentas de cobro hasta su envío como cuenta de cobro a EPSS y entidades contratadas y de convenio.

c. Descripción de la tarea

Planeación

Este procesos depende de la legislación vigente y sus actividades de planeación estarán a cargo del coordinador de facturación y auxiliar administrativo facturación RIPS.

- Planificar validación y entrega de rips respondiendo a la normatividad

Que debe dar el plan de generación de validación del registro individual de prestadores de salud.

Hacer

Este proceso debe hacer atendiendo al plan de generación de validación del registro individual de prestadores de salud y estará como responsable el auxiliar administrativo facturación RIPS y hará:

- Generación de la validación de RIPS y adjuntarlos a la cuenta de cobro según corresponda por requisito contractual

Verificar

La verificación está a cargo del el coordinador de facturación las actividades son

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Después de hacer estas actividades dará como salida los indicadores de gestión del área y una definición de planes de mejoramiento producto del análisis de los datos.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: coordinador de facturación, auxiliar de coordinación facturación RIPS

INFRAESTRUCTURA: O Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet.

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CON CLIENTES:

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 3374 de 2000
- Circular externa 00012 de 2017
- Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud –RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud¹³

ORGANIZACIONALES

- Reglamento interno
- Políticas organizacionales

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

¹³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Lineamientos-Tecnicos-para-IPS.pdf>

- Indicador de devoluciones =
$$\frac{\# \text{ facturas devueltas Respondidas}}{\# \text{ Facturas devueltas}}$$

Este indicador lo ejecuta el coordinador de facturación ya que él debe llevar el registro de facturas devueltas el número de facturas respondidas.

$$\text{indicador de efectividad de facturas devueltas respondidas} = \frac{\# \text{ facturas devueltas de las Respondidas}}{\# \text{ Facturas respondidas}}$$

6.2.2.5.2.6. Proceso de gestión de supervisión y coordinación

a. Objetivo del proceso c.40

Velar por el cumplimiento contractual, legal y organizacional de la facturación con gran eficiencia atendiendo a particularidades en procesos específicos como a conciliaciones con entes de convenio o contrato para el cumplimiento del pago de las facturas y cuentas de cobro.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades desde el cargue de la facturas de cobro hasta su envío como cuenta de cobro a EPS o entidades de convenio.

c. Descripción de la tarea

Planeación

Esta actividad de planeación dependerá de los contrato con entidades la legislación vigente los objetivos de calidad como sus políticas y lo llevara a cabo la coordinación de facturación y subgerencia administrativa:

- Planificar supervisión y coordinación de los diferentes procesos de la facturación desde su inicio hasta su final. Planificación de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobro.

Esta actividad me dará como salida el plan de supervisión y coordinación, y un plan de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobros de las entidades

Hacer

La ejecución depende de él plan de supervisión y coordinación, y un plan de respuesta a devoluciones de facturas y cuentas de cobros de las entidades y estará a cargo el coordinador de facturación.

- Supervisar, coordinar y atender procesos consultas que se presenten en el proceso de facturación
- Contestar ágilmente la facturas devueltas atendiendo los requerimiento y los conceptos de devolución para su exterior reenvío.

Y como salida se obtendrá facturación devuelta corregida o rechazada según corresponda y correctivos a empleados de facturación disciplinar o procedimental.

Verificar

La verificación será responsabilidad de la coordinación de facturación de acuerdo a:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Y se resumirá en los indicadores y los planes para corregir producto del análisis de los datos.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

Y diligenciarán los registros correspondientes.

d. RECURSOS

HUMANO: coordinador de facturación

INFRAESTRUCTURA: O Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet.

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CON CLIENTES:

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato, direcciones de entidades, teléfonos y las particularidades de cada entidad.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 1995 de 1999
- Decreto 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007
- Decreto 4747 del 2007
- Resolución 3047 del 2008
- Circular 02 de 2009
- Manual Único de Procedimientos de Facturación
- Resolución 019 de 2016
- Resolución 3374 de 2000
- Circular externa 00012 de 2017

ORGANIZACIONALES

- Reglamento interno
- Políticas organizacionales

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- Indicador de devoluciones =
$$\frac{\# \text{ facturas devueltas Respondidas}}{\# \text{ Facturas devueltas}}$$

Este indicador lo ejecuta el coordinador de facturación ya que él debe llevar el registro de facturas devueltas el número de facturas respondidas.

- indicador de efectividad de facturas devueltas respondidas =
$$\frac{\# \text{ facturas devueltas de las Respondidas}}{\# \text{ Facturas respondidas}}$$

Este indicador mostrara el resultado de la contundencia de la respuesta de las devoluciones a las entidades, este indicador lo tendrá el coordinador de facturación llevando el registro correspondiente.

6.2.2.5.2.7. Proceso de gestión tecnológica e informática.

a. Objetivo del proceso c.41

Gestionar el debido funcionamiento de redes, de software de hardware que intervienen y son materiales con el área de facturación

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.

c. Descripción de la tarea

Planeación

Esta planeación dependerá de una disponibilidad en el presupuesto de la política organizacional y de las necesidades de sistematización esto bajo la responsabilidad del jefe de sistemas.

- Planificación de compra de equipos
- Plan de atención de soportes al área de facturación
- Plan de mantenimiento lógico y físico de equipos y redes

Y nos dar por salida planeación de mantenimiento de equipo, cambio de equipos por obsolescencia y el plan de atención de necesidades y soportes al área de facturación.

Hacer

Este depende directamente de la planeación de mantenimiento de equipo, cambio de equipos por obsolescencia y el plan de atención de necesidades y soportes al área de facturación y en responsabilidad de los empleados de la organización del área de sistemas harán:

- Realizar cambio de equipo según corresponda
- Realizar mantenimientos periódicos lógicos y físicos de prevención
- Atender a soportes técnicos de hardware y de software del área de facturación.

Que da como salida esperada equipos nuevos y equipos optimizados para su función y eficiencia en el ciclo de facturación.

Verificar

Verificación en responsabilidad de jefe de sistemas:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: empleados de facturación área de sistemas

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet, herramientas necesarias y recursos necesarios.

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

ORGANIZACIONALES

- Reglamento interno
- Políticas organizacionales

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- INDICE DE MATNENIMIENTO $= \frac{\# \text{Mantenimientos hechos}}{\# \text{mantenimientos planeados}}$

Este índice lo debe llevar el encardo del área de sistemas

- INDICE DE SOPORTE $= \frac{\# \text{Soportes atendidos}}{\# \text{Soportes solicitados}}$

Este indicador estará a cargo del área de sistemas con su respectivo registro.

6.2.2.5.2.8. Gestión de recursos c.42

a. Objetivo del proceso

Proporcionar los debidos pedidos hechos por el área de facturación.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.

c. Descripción de la tarea

Planeación

El proceso dependerá de una disponibilidad del presupuesto y políticas organizacionales y será hecho por el jefe de almacén:

- Planificación de compra de recursos
- Plan de atención de pedidos del área de facturación.

Y dará como salida el plan de compra de recursos y el plan de atención y distribución de pedidos

Hacer

Depende de salida el plan de compra de recursos y el plan de atención y distribución de pedidos los responsables son los empleados de la organización del área de almacén harán:

- Realizar compra de recursos necesarios
- Recibir pedido de facturación y distribuir recursos a facturación

La salida es perada es Obtención de recursos necesarios, Distribución de recursos necesarios para una efectiva facturación, eficiencia en el ciclo de facturación

Verificar

La verificación en responsabilidad del jefe de sistemas

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

d. RECURSOS

HUMANO: empleados de la organización área de almacén

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, bodega, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet.

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

ORGANIZACIONALES

- Políticas organizacionales
- Reglamento interno

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- INDICE DE ENTREGA DE RECURSOS = $\frac{\#recursos\ pedidos\ entregados}{\# recursos\ pedidos}$

Este índice lo debe llevar el encargo del área de almacén.

6.2.2.5.2.9. Gestión del Talento Humano c.43

a. Objetivo del proceso

Gestionar las competencias del talento humano de la organización en forma oportuna y eficiente en un ambiente laboral favorable

b. Alcance

Este proceso aplica a todos los cargos de la organización que incluye las actividades desde la selección hasta la evaluación del personal.

c. Descripción de la tarea

Planeación

Depende de la disponibilidad de presupuesto para capacitaciones, las políticas institucionales así como también de las solicitudes de capacitación la planeación es responsabilidad del jefe de oficina de talento humano y del coordinador de facturación:

- Planificar necesidades de capacitación y personal.

La salida será un plan de capacitación y un plan de vinculación de personal

Hacer

La ejecución en este proceso depende del plan de capacitación y un plan de vinculación de personal a cargo de personal de talento humano relacionado con el área y coordinador de facturación como veedor de la selección del personal.

- Ejecutar los planes de capacitación
- Realizar los procesos de selección de personal

La salida esperada es empleados capacitados y empleados vinculados

Verificar

La verificación es responsabilidad de Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

Actuar es responsabilidad de Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

Y se tendrá que registrar los resultados correctamente

d. RECURSOS

HUMANO: empleados de la organización relacionados con el área

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, video beam.

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

ORGANIZACIONALES

- Contrato con empleado
- Políticas institucionales
- Reglamento interno

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- Cumplimiento del plan de Capacitaciones = $\frac{\#Capacitaciones\ ejecutadas}{\#Capacitaciones\ planeadas}$

Este índice lo debe llevar el Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación

6.2.2.5.2.10. Proceso de evaluación c.44

a. Objetivo del proceso

Evaluar el ciclo de facturación en sus procesos y procedimientos así también su personal.

b. Alcance

Este proceso aplica a los cargos relacionados con el objetivo del proceso y las actividades en el desarrollo del ciclo de facturación.

c. Descripción de la tarea

Planeación

La planificación será responsabilidad del jefe de auditoría de cuentas médicas en compañía del coordinador de facturación.

- Planificación de programa de auditoria

Se obtendrá el plan de auditoria

Hacer

Depende del plan de auditoria a cargo de los Empleados de la organización del área de auditoría de cuentas médicas y coordinación de facturación y harán.

- Análisis de facturas devueltas y glosadas por entidades
- Auditoria a procedimientos de cada rol o subarea de facturación
- Redactar informe de resultados de auditoria

Después de estas actividades la salida esperada es Resultados de conceptos de glosa o devolución, Resultados de desempeño según conceptos de glosa o devolución y Resultado de auditoria general.

Verificar

Responsabilidad de Jefe de auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de los indicadores de gestión del proceso.
- Analizar los resultados de los indicadores de gestión del proceso.

Actuar

La subgerente administrativa, control interno y coordinación de facturación establecerán como:

- Ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora resultado del análisis de la información

Y se diligenciará el registro correspondiente.

d. RECURSOS

HUMANO: empleados de la organización relacionados con el área

INFRAESTRUCTURA: Oficinas, computadores, impresoras, papelería, medios magnéticos, fotocopidora, Internet

AMBIENTE DE TRABAJO: puestos de trabajo amplios (comodidad), luz necesaria, etc...

e. REQUISITOS APLICABLES

CON CLIENTES:

Para este proceso es necesario conocer los contratos y los convenios hechos con las entidades en sentido material con la facturación, es decir listas de precios, homologación de medicamento NOPOS según se aplique en el contrato.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

En este campo legal se tiene las directrices generales dadas que son inexpugnables, estos requisitos legales y reglamentarios son imprescindibles para la facturación ya que con esta sustentamos los procedimientos.

Normas legales y reglamentarias para facturación de las que el empleado del área debe tener conocimiento son:

- Resolución 1995 de 1999
- Decreto 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007
- Decreto 4747 del 2007
- Resolución 3047 del 2008
- Circular 02 de 2009
- Manual Único de Procedimientos de Facturación
- Resolución 019 de 2016
- Resolución 3374 de 2000
- Circular externa 00012 de 2017

ORGANIZACIONALES

- Políticas institucionales
- Reglamento interno

NORMA: norma base ISO 9001 V2015

f. INDICADORES DE GESTION

- **INDICE DE EFICIENCIA DE AUDITORIA** = $\frac{\# \text{ de conceptos dev .corregidos}}{\# \text{ conceptos reportados de Dev.}}$

Este índice lo debe llevar el Jefe de oficina de Talento Humano, Coordinador de facturación.

7. CONCLUSIONES

El área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso mediante el diagnóstico se pudo evidenciar un importante problema con los procesos y procedimientos de facturación, por el no conocimiento de las normas vigentes aplicable del personal, por la falta de comunicación entre áreas.

El diseño de un sistema de gestión de la calidad contribuye a llenar los vacíos en el área de facturación del Hospital regional de Sogamoso que causan glosas y devoluciones de facturas y cuentas de cobro ayudando a la autofinanciación de la entidad.

Mediante la fase de diseño del sistema de gestión de calidad contribuye a la correcta implementación como la siguiente fase mejorando el ambiente de trabajo, la comunicación y optimización de los procesos y procedimientos en el ciclo de facturación.

8. BIBLIOGRAFIA

- bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/.../Auditoria_Facturacion_servicio_HMUA.pdf
Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia
- <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.htm>
- <https://www.hospitalsogamoso.gov.co/>
Página oficial del hospital regional de Sogamoso
- <http://www.gestiopolis.com/sistemas-gestion-calidad/>
El presente artículo introduce el concepto sobre los Sistemas de Gestión de la Calidad y la norma ISO 9001 así como los elementos que deben contener un Sistema de Gestión de la Calidad, el enfoque a procesos, el ciclo PHVA, los ocho principios de calidad y los beneficios que se pueden obtener cuando se implementa con liderazgo y compromiso.
- http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/307/1/Diseño_instrumento_para_auditar_area_facturacion_metodo-manual.pdf
- <http://www.bsigroup.com/es-ES/Gestion-de-Calidad-ISO-9001/>
ISO 9001 es la norma sobre gestión de la calidad con mayor reconocimiento en todo el mundo. Pertenece a la familia ISO 9000 de normas de sistemas de gestión de la calidad (junto con ISO 9004), y ayuda a las organizaciones a cumplir con las expectativas y necesidades de sus clientes, entre otros beneficios.
- <http://www.monografias.com/trabajos11/teosis/teosis.shtml>
ORÍGENES DE LA TEORÍA DE SISTEMAS
- <http://www.gestiopolis.com/teorias-de-la-calidad-origenes-y-tendencias-de-la-calidad-total/> Teorías de la calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total
- <http://www.accounter.co/normatividad/conceptos/facturacion-en-servicios-de-salud.html>

- <http://www.guiadesolucionestec.com/soluciones-verticales/sector-salud-seguridad-social-/administracion-y-gestion-de-ips-clinicas-hospitales/1877-citisaud>
- <https://www.hospitalso gamoso.gov.co/index.php/nuestra-institucion/procesos>
- <http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php/red-sanitaria/hospitales/item/592-categorizacion-de-hospitales>
- <https://www.hospitalso gamoso.gov.co/index.php/programas-especiales/67-hospital-verde>
- Estatuto Tributario Art. 617
- <https://www.isotools.org/2016/12/22/iso-9001-2015como-redactar-la-politica-calidad>
- <https://www.123aprende.com/2017/01/plan-de-auditoria-interna-de-calidad-segun-iso-9001/?c=335bc28f5f19>
Cómo preparar un Plan de Auditoría Interna de Calidad según ISO 9001

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 1 de 15

MANUAL DE CALIDAD **HOSPITAL REGIONAL DE** **SOGAMOSO** **ÁREA DE FACTURACION**

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 2 de 15

TABLA DE REVISIONES		
REVISION	FECHA	DESCRIPCION DE LA MODIFICACION

ELABORADO Y REVISADO POR:	
FECHA:	
FIRMA:	
APROBADO:	
FECHA:	
FIRMA:	

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 3 de 15

Contenido

MANUAL DE CALIDAD	1
Objeto del Manual	4
1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	4
1.1. MISION	4
1.2. VISION	4
1.3. ESTRUCTURA ORGANICA.....	5
2. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.....	6
2.1. POLITICA DE CALIDAD	6
2.2. OBJETIVOS DE CALIDAD.....	6
2.3. ALCANCE.....	8
2.4. GESTION DE PROCESOS.....	9
2.4.1. PROCESOS ESTRATEGICOS.....	9
2.4.2. PROCESOS MISIONALES	9
2.4.3. PROCESOS DE APOYO	9
2.4.4. EVALUACION	9
2.5. CARACTERIZACION DE PROCESOS.....	11
2.6. PROCEDIMIENTO	12
2.6.1. CONTROL DE DOCUMENTOS.....	12
2.6.2. CONTROL DE REGISTRO	13
2.6.3. AUDITORIAS INTERNAS.....	13
2.6.4. CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME.....	14
2.6.5. ACCIONES CORRECTIVAS	14
2.6.6. ACCIONES PREVENTIVAS.....	14

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 4 de 15

Objeto del Manual

Establecer y describir el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso basado en la Norma ISO 9001:2015 y servir como base de mejora continua a través de la política de calidad; misión y visión organizacionales así como los objetivos de calidad para proveer nuestros servicios, cumpliendo con los requisitos legales y contractuales, necesidades de los usuarios y partes interesadas. Este manual describe el Sistema de Gestión de Calidad, el alcance, junto con la descripción y relación entre los procesos. Así mismo, para cada sección se hace referencia a los procedimientos establecidos correspondientes.

1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

El área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso enmarcado en el sector salud atiende a más que ninguna otra facturación a muchas normas legales y contractuales siendo este el marco o los parámetros en los que desenvuelve el área, siendo el responsable de la entrada de dinero que sostiene la entidad.

1.1. MISIÓN

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público, de mediana complejidad, con un talento humano idóneo, óptima infraestructura y tecnología, brindando servicios con estándares superiores de calidad, para contribuir al bienestar de nuestros usuarios, sus familias y el entorno con responsabilidad.

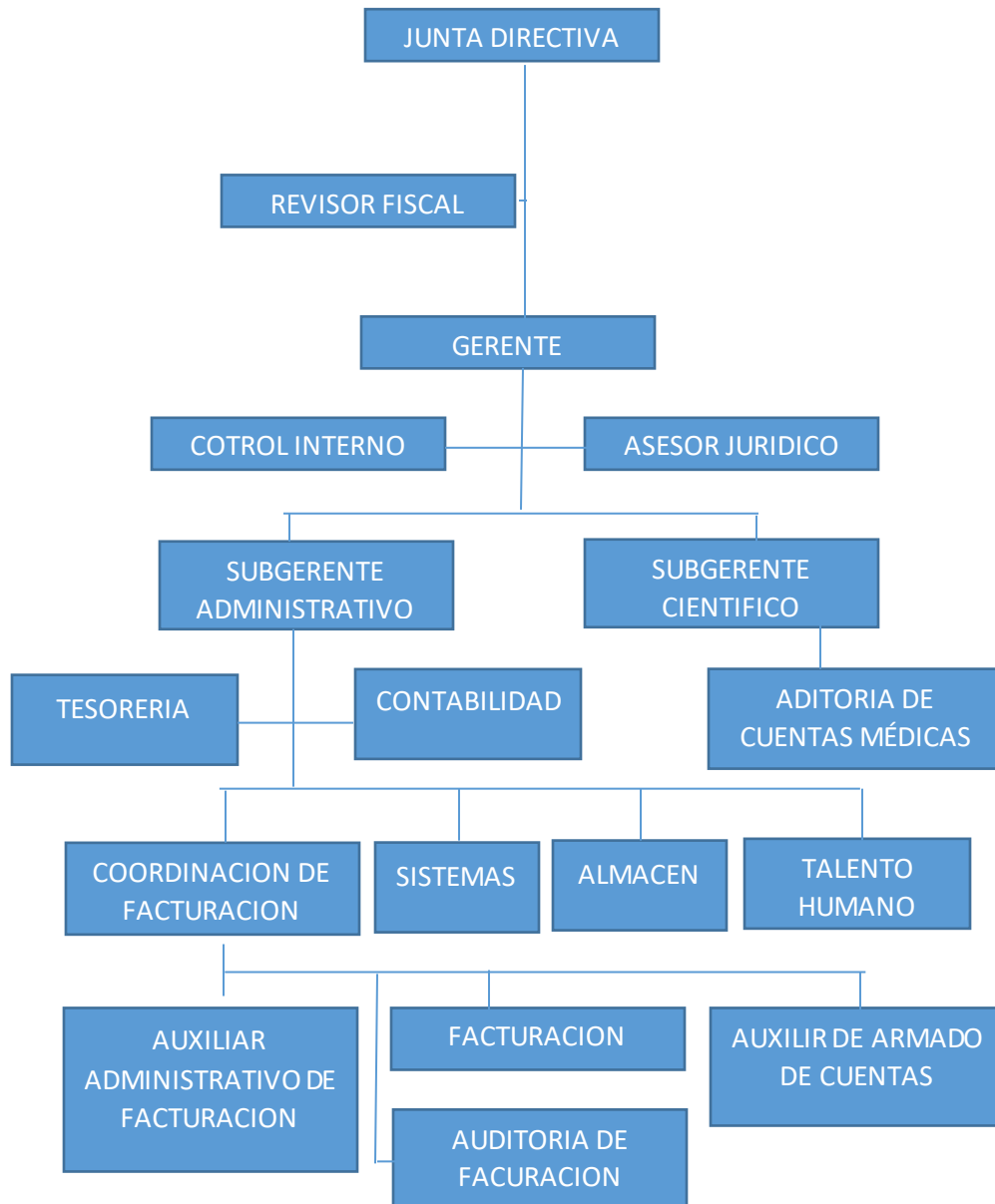
1.2. VISIÓN

Para el 2015 ser una Institución acreditada en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en programas dirigidos a la mujer y la primera infancia.



1.3. ESTRUCTURA ORGANICA

Esta estructura muestra el organigrama que tiene directamente relación área de facturación puesto que de lo contrario sería muy extenso.



	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 6 de 15

2. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

2.1. POLITICA DE CALIDAD

El hospital regional de Sogamoso es una institución de carácter público que brinda servicios de salud de alta calidad idóneos para la región; en su área de facturación se tiene como compromiso la constitución de una área ecuánime e idónea, atendiendo todas las necesidades del cliente, generando una facturación en concordancia con la legislación vigente y contractual soportada en el desarrollo del recurso humano y la tecnología manteniendo un mejoramiento continuo en sus procesos.

2.2. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Aumentar las capacitaciones al recurso humano en temas legales y contractuales
- Disminuir la inconformidad por parte del cliente en la facturación de los servicios prestados.
- Cumplir las negociaciones pactadas con los clientes en concordancia con la legislación Colombiana

COMPROMISO DE LA POLITICA	OBJETIVO	META	INDICADOR	TIEMPO PARA LOGRAR EL OBJETIVO
constitución de una área ecuánime e idónea	Aumentar las capacitaciones al recurso humano en	Actualizar al recurso humano de facturación de	numero de capacitaciones realizadas en el año/	D-M-A



MANUAL DE CALIDAD

VERSION: MC_0

Página 7 de 15

	temas legales y contractuales	temas materiales para con el área 6 veces al año.	número de capacitaciones planeadas	
Atender todas las necesidades del cliente,	Disminuir la inconformidad por parte del cliente en la facturación de los servicios prestados	Disminución de glosas y devoluciones de facturas por parte del cliente en un periodo determinado a un 5% de las facturas realizadas en determinado periodo.	Facturas devueltas y glosadas en el periodo *100% / facturas realizadas en el periodo	Día-mes-año
Generando una facturación en concordancia con la legislación vigente y contractual.	Cumplir las negociaciones pactadas con los clientes en concordancia con la legislación Colombiana.	Estipular procesos y procedimientos que contribuyan al cumplimiento de los requisitos contractuales y legislativos	Procesos implantados/ procesos planeados.	Día/mes/año

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 8 de 15

2.3. ALCANCE

El alcance del sistema de gestión de calidad del área de facturación y lo que tiene directa relación con este. Se desarrollara desde los procesos y procedimientos que componen la elaboración de una factura o cuenta, además de sus propios procesos del SGC, comprende las actividades de los procesos de gestión estratégica, gestión operacional, gestión de supervisión y coordinación y por último los procesos de apoyo, como lo es gestión de recursos, gestión de talento humano y gestión tecnológica e informática que se enmarcan en el mapa de procesos.

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 9 de 15

2.4. GESTION DE PROCESOS

2.4.1. PROCESOS ESTRATEGICOS

En este aplican los conceptos concernientes al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, procesos de comunicación, asegurar la disponibilidad de recursos necesarios y revisión por la dirección.

- Gestión estratégica
- Gestión de calidad

2.4.2. PROCESOS MISIONALES

Incluye los procesos que proporcionan el resultado previsto por la organización en el cumplimiento de su objeto.

- Proceso de gestión operacional: cargue de factura, auditoria de facturación, armado de cuentas y RIPS de cuenta de cobro
- Proceso de gestión de coordinación y supervisión

2.4.3. PROCESOS DE APOYO

Incluye todos los aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos misionales y de evaluación, análisis y mejora.

- Procesos de gestión tecnológica e informática
- Gestión de recursos
- Gestión de talento humano

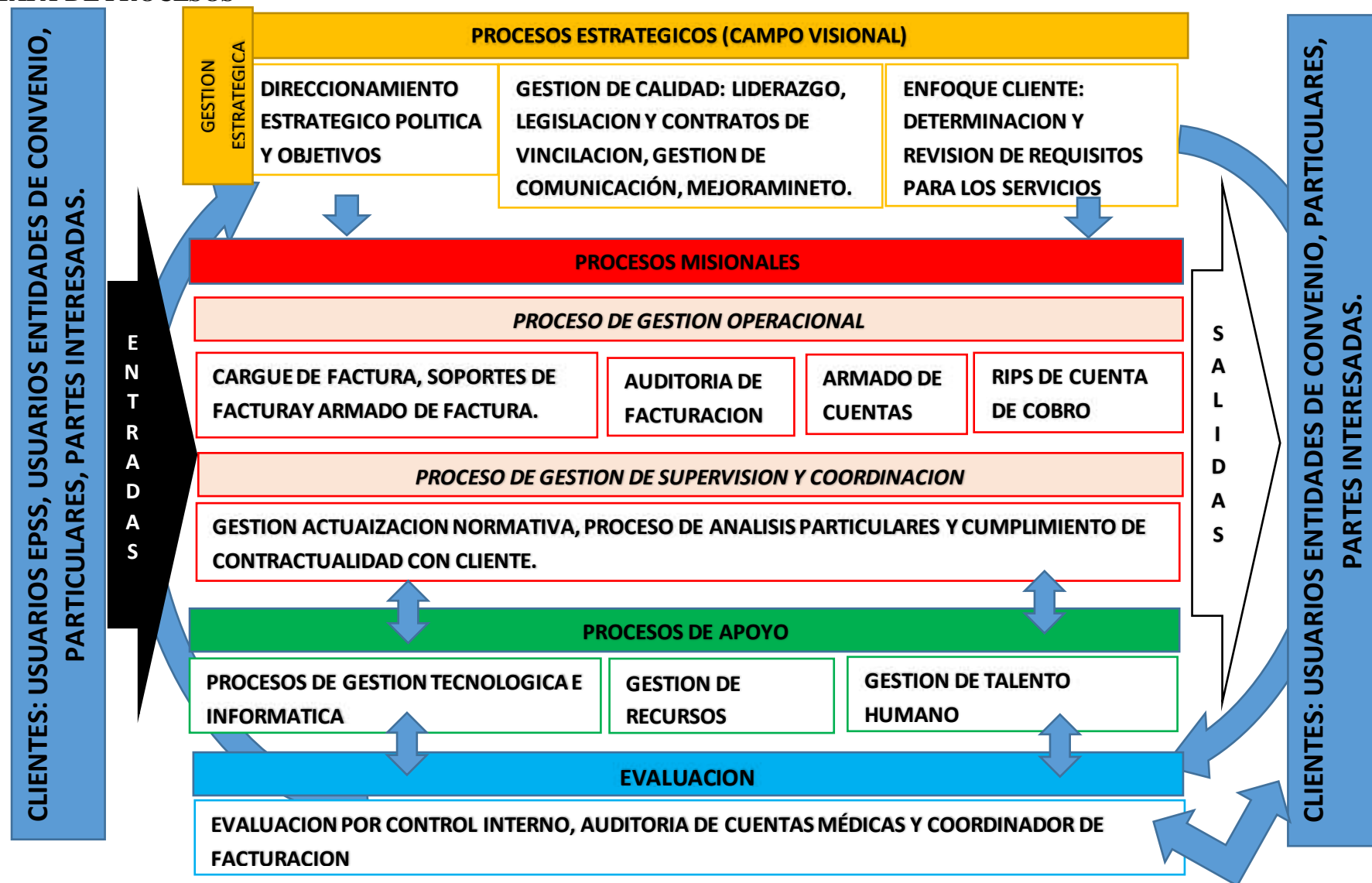
2.4.4. EVALUACION

Incluye procesos de medición y seguimiento, auditoria interna, acciones correctivas y preventivas, y son parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

- Control interno y evaluado por auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación



MAPA DE PROCESOS





2.5. CARACTERIZACION DE PROCESOS

Cada proceso posee matriz de caracterización de procesos en donde se encuentre responsable, objetivo, alcance, entradas, proveedor, actividades, salidas y clientes en su ciclo planear, hacer, verificar y actuar (PHVA); en el actuar se tienen los recursos necesarios, los documentos asociados, requisitos que aplican al proceso y el indicador de gestión del proceso.

PROCESOS ESTRATEGICOS:

- Gestión estratégica
- Gestión de calidad

PROCESOS MISIONALES

- Proceso de gestión operacional:
 - Cargue de factura
 - Auditoria de facturación
 - Armado de cuentas
 - RIPS dé cuenta de cobro
- Proceso de gestión de coordinación y supervisión

PROCESOS DE APOYO

- Procesos de gestión tecnológica e informática
- Gestión de recursos
- Gestión de talento humano

EVALUACION

- Control interno y evaluado por auditoría de cuentas médicas y coordinador de facturación



2.6. PROCEDIMIENTO

Procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001.



2.6.1. CONTROL DE DOCUMENTOS

El HRS Controla todos los documentos requeridos por el sistema de gestión en el procedimiento P.01 Control de documentos, en el que se definen los patrones necesarios para:

- Elaborar o modificar documentos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Revisar y aprobar documentos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Identificar y actualizar documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 13 de 15

- Distribuir los nuevos documentos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Archivar documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Dar mantenimiento a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

2.6.2. CONTROL DE REGISTRO

El HRS establece y mantiene los registros pertinentes y necesarios para dar la adecuada evidencia de la conformidad con los requisitos. Estos registros están identificados se protegen, son legibles y se controlan para su uso y recuperación; los tratamientos de estos registros se definen en el proceso P.02 control de registros en el cual especifica los procedimientos de:

- Llenar y actualizar registros
- Identificar los registros
- Proteger los registros
- Archivar los registros
- Dar mantenimiento a los registros

2.6.3. AUDITORIAS INTERNAS

El HRS describe las actividades que se requieren para planear y hacer una auditoria interna al sistema de gestión de calidad descrito en el procedimiento P.03 auditorías internas que precisa como:

- Planificar programa de auditorías internas
- Preparar lista de verificación de auditoría interna y Plan de auditoría interna
- Realizar auditoría interna
- Informar resultados de la auditoría
- Actualizar lista de verificación de auditoría inter



2.6.4. CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

El HRS describe los procedimientos para gestión y control de un servicio no conforme descrito en el procedimiento P.04 control del servicio no conforme que describe las siguientes actividades:

- Detectar el servicio no conforme
- Definir acción correctiva y su ejecución
- Archivar documentación generada.

2.6.5. ACCIONES CORRECTIVAS

Tiene como objetivo este procedimiento eliminar las causas de una no conformidad que haya ocurrido, según procedimiento P.05 que describe las siguientes actividades:

- Detectar necesidad de una acción correctiva.
- Seleccionar responsable de ejecutar la acción.
- Determinar las causas de la acción
- Seleccionar la acción correctiva
- Ejecutar la acción correctiva
- Evaluar la acción correctiva
- Archivar documentación

2.6.6. ACCIONES PREVENTIVAS

Tiene como objetivo este procedimiento eliminar las causas de una no conformidad que pueda ocurrir, según procedimiento P.06 acciones preventivas que describe las siguientes actividades:

- Detectar necesidad de una acción preventiva.
- Seleccionar responsable de ejecutar la acción.
- Determinar las causas de la acción.

	MANUAL DE CALIDAD	VERSION: MC_0
		Página 15 de 15

- Seleccionar la acción preventiva
- Ejecutar la acción preventiva
- Evaluar la acción preventiva
- Archivar documentación.



**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

VERSION: MP_0

Página 1 de 14

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
HOSPITAL REGIONAL DE
SOGAMOSO
ÁREA DE FACTURACION**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 2 de 14

TABLA DE REVISIONES

REVISION	FECHA	DESCRIPCION DE LA MODIFICACION

ELABORADO Y REVISADO POR:

FECHA:

FIRMA:

APROBADO:

FECHA:

FIRMA:



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 3 de 14

ALCANCE

Este documento agrupa los procedimientos documentados basados en los requeridos por la norma ISO 9001:2015 como son:

- Control de documentos,
- Control de registros,
- Auditoria interna al SGC,
- Control del servicio no conforme,
- Acción correctiva
- Acción preventiva

A continuación se describen cada uno de los procedimientos.

P.01 CONTROL DE DOCUMENTOS

1. Objetivo

Tiene como objetivo este procedimiento describir las actividades necesarias o requeridas para el control de los documentos, en ase del principio de tener un sistema de gestión de calidad documentado.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a los documentos que están relacionados con sistema de gestión de calidad desde su planeación hasta su evaluación.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar o modificar documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	COMITÉ DE CALIDAD

Los documentos son elaborados o modificados por personal calificado (Ver Matriz de Funciones y Responsabilidades), comprensibles para el personal que ha de utilizarlo, legibles, claramente identificables, coherentes con el SGC, se desprenden de los procesos y pueden ser:

- Planes, como “Plan Estratégico”, Planes de calidad...



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 4 de 14

- Manuales, como “Manual de Gestión de la Calidad”...

Los procedimientos e instructivos tienen la siguiente estructura:

- Objeto: Describe la finalidad, el porqué del documento.
- Alcance: Define el alcance, los límites del documento.
- Descripción del procedimiento: Se describen en forma tabular, se amplía la información sobre las actividades del numeral .

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.2	<ul style="list-style-type: none">• Revisar y aprobar documentos del sistema de gestión de calidad.	COMITÉ DE CALIDAD

Se considera que los documentos del SGC han sido revisados y aprobados por el comité de calidad es decir subgerencia administrativa, control interno, coordinador de facturación. (Ver Matriz de Funciones y Responsabilidades) y que han sido firmados originalmente por ellos.

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.3	<ul style="list-style-type: none">• Identificar y actualizar documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	Equipo de calidad

Los documentos del SGC se desprenden de los procesos y se identifican por su nombre. Se los actualiza agregándoles un número que representa la Versión del documento.

Las modificaciones realizadas a los capítulos o procedimientos de la documentación del SGC serán registradas en el “Histórico de modificaciones” del mismo. Los documentos del SGC publicados en el internet se consideran actualizados y vigentes tanto para consulta como para impresión.

Los documentos externos que no están en medio magnéticos son archivados en la carpeta “Documentos externos”.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 5 de 14

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.4	<ul style="list-style-type: none">Distribuir los nuevos documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	Equipo de calidad

La distribución y control de los documentos se realiza a través de

la página de internet del HRS y por cartelera en área de facturación además de ser comunicada verbalmente por encargado de área de facturación tiene una vez que los documentos han sido

La equipo de calidad monitoreará que los documentos del SGC que se encuentren en el internet estén vigentes.

Si no hubiese internet el equipo de calidad podrá entregar los documentos del SGC en electrónico y en PDF, Con el fin de descargarlo en sus equipos de cómputo.

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.5	<ul style="list-style-type: none">Archivar documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad.	Equipo de calidad

Cualquier documento impreso es obsoleto y no controlado a excepción del original y deberá llevar la leyenda “Toda copia impresa en papel o similares es un documento no controlado a excepción del original”.

Se conservan documentos obsoletos en un archivo “Documentos sin vigencia”, hasta por 2 años, si es necesario.

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.6	<ul style="list-style-type: none">Dar mantenimiento a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	Equipo de calidad

Los documentos del SGC están accesibles para el personal que ha de utilizarlos Cuando se detecta que un documento está ilegible o deteriorado, se comunica al comité de calidad inmediatamente para su sustitución.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 6 de 14

P.02 CONTROL DE REGISTROS

1. Objeto

Este procedimiento tiene como objetivo permitir un control de los registros del sistema de gestión de calidad del área de facturación del HRS.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a los registros de calidad del sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	Llenar y actualizar registros	Usuario del registro
3.2	Identificar registro	Usuario del registro
3.3	Almacenar registros	Encargado del área
3.4	Proteger registros	Encargado del área
3.5	Archivar registros	Encargado del área
3.6	Disponibilidad de los registros	Sistemas

3.1. Llenar registros

Los registros se llenan y se actualizan por la persona que utiliza el registro; son efectivos, exactos, concisos, legibles e identificables que proporcionan información útil y necesaria hacia la mejora continua.

Es necesario que los registros preferiblemente que estén en medio magnético o electrónico.

3.2. Identificar registros

Se identifican los registros por el área y el nombre que lo describe es decir por ejemplo: evaluación de auditoria interna.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 7 de 14

3.3. Almacenar registros

La persona responsable del registro, lo almacena permitiendo fácilmente su recuperación. Si es en medio electrónico, se asigna al personal autorizado una clave de acceso a los registros que según el nivel de autorización le permitirá solo para lectura, o para modificación según el trámite requerido.

3.4. Proteger registros

Se consideran los siguientes aspectos:

- Seguridad y control de acceso: Mediante claves de acceso.
- Control de cambios: Registrado cada vez que se realiza.
- Control de respaldo: Mediante respaldo por parte de los usuarios.
- Control en caso de falla del sistema computacional: Se genera un respaldo en físico o electrónico cuando sea conveniente que garantice la recuperación en caso de siniestro o contingencia que los ponga en riesgo de pérdida.
- Conservación de registros: Retiene los registros de calidad en el lugar de uso durante el tiempo establecido en la lista para control de registros.
- Comprobación de virus: Se cuenta con antivirus con el cual se revisa la información electrónica.

3.5. Archivar registros

El Usuario del registro los mantiene en las carpetas correspondientes, sea impreso o magnético, identificándolos por el período de tiempo al que hace alusión el documento.

La identificación, el almacenamiento, el responsable, el tiempo de retención y la disposición final de los registros se referencian en la “Lista Maestra de Registros” que es el compendio de todos los registros.

3.6. Dar mantenimiento a los registros

Los registros están accesibles para el personal que ha de utilizarlos. El área de sistemas revisa en los registros: en cuanto a seguridad, control de cambios, control de acceso, comprobación de virus, conservación de registros, control de



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 8 de 14

respaldo, prueba de recuperación, y control en caso de fallo por parte del computador ya sea física o lógica.

P.03 AUDITORIA INTERNA

1. Objeto

Este procedimiento dice o describe las actividades que se necesitan para planificar y realizar una auditoría del sistema de gestión de calidad al área del facturación del HRS.

2. Alcance

Aplicación de este procedimiento a todas las áreas que afecte el sistema de gestión de calidad.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3.1	Planificar programas de auditorías internas	COMITÉ DE CALIDAD
3.2	Preparar lista de verificación de auditoria interna y plan de auditoria interna	GRUPO EVALUADOR
3.3	Realizar auditoria interna	GRUPO EVALUDOR
3.4	Informar resultados de la auditoria	GRUPO EVALUADOR
3.5	Actualizar lista de verificación de auditoria interna	EQUIPO DE CALIDAD

3.1. Planificar programas de auditorías internas

El responsable del proceso de Auditoría Interna es el comité de calidad, planifica el programa de auditoría interna, considerando que los auditores internos sean independientes de las áreas auditadas, competentes de acuerdo a este procedimiento y que no generen conflicto de intereses. Informa al auditor interno sobre el plan de auditoría y en caso de ser necesario, se podrá delegar la realización de la auditoría interna a organismos externos.

La frecuencia de las auditorías se realizará mínimo 2 veces por año y estará dada por criterios tales como: cumplimiento de los objetivos de calidad, estado e importancia de los procesos del SGC.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	VERSION: MP_0
		Página 9 de 14

3.2. Preparar lista de verificación de auditoría interna y Plan de auditoría interna

El auditor interno preparará la auditoría elaborando un plan de auditoría que considere: objetivo, alcance y criterios de la auditoría, revisión de documentos aplicables incluidos registros, comprensión de los procesos involucrados, resultados de auditorías previas, notificación al personal a ser auditado.

3.3. Realizar auditoría interna

Realiza la auditoría utilizando una la lista de verificación, según los procesos indicados en el plan de auditoría. Verifica evidencias objetivas revisando el cumplimiento o no de los requisitos establecidos. Si encuentra alguna no conformidad u observaciones al Sistema de Gestión de Calidad, procede a registrarla en la lista de verificación para que subsiguientemente sea diligenciada acorde a lo indicado en el procedimiento de acciones correctivas/preventivas.

Si fuese necesario se hará una reunión de inicio o apertura de la auditoría interna, en la que se reconfirmará con el personal a ser auditado, los temas del numeral 3.2.

3.4. Informar resultados de auditoría

Realiza una reunión de cierre entre los auditados y el, con la finalidad de informar los resultados de la auditoría. Los asistentes pueden hacer recomendaciones para eliminar las no conformidades y sus causas y para mejorar el SGC.

El Responsable de comité de calidad asignará al analista para efectuar el seguimiento de la efectividad de las acciones correctivas tomadas y de presentar los resultados en la Revisión por la dirección.

3.5. Actualizar lista de verificación de auditoría interna

El Responsable del proceso de auditoría es el comité de calidad, quien actualiza: objetivo, alcance y criterios de la auditoría, revisión de documentos aplicables incluidos registros, comprensión de los procesos involucrados, resultados de auditorías previas, notificación al personal a ser auditado; en donde se comparan los requisitos y la planeación con los registros y proceso documentados en la ejecución del servicio de facturación.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 10 de 14

P.04 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que se siguen para la gestión y control de un servicio no conforme del SGC, buscando prevenir su realización no intencional.

2. Alcance

El procedimiento se aplica al curso no conforme del sistema de gestión de calidad.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar servicio no conforme	Totalidad del área
3.2	Definir acción correctiva y ejecutarla	Por asignación
3.3	Archivar documentación generada	Comité de calidad

3.1. Detectar servicio no conforme

Se considera como servicio es no conforme cuando incumple sus requisitos, pudiendo ser:

- Devoluciones y glosas hechas por las entidades de contratación y de convenio.

3.2. Definir acción correctiva y ejecutarla

Se analiza la situación, se determina las causas del servicio no conforme, se proponen acciones correctivas, se las evalúa, y se selecciona (define) la acción correctiva a implantarse, considerando: Responsable de la ejecución, tiempo de ejecución, recursos requeridos.

Después de definir la acción correctiva, se asignan los recursos, se la implanta y se evalúan sus resultados. Si se resuelve la no-conformidad, se va al numeral 3.3, en caso contrario, se vuelve a Analizar el problema.

3.3. Archivar documentación generada

Se archiva la documentación generada, junto a la decisión tomada.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 11 de 14

P.05 ACCION CORRECTIVA

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que permitan eliminar las causas de una no-conformidad que haya ocurrido.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a cualquier no-conformidad presentada que afecta el sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCESO

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar necesidad de una acción correctiva	Todos
3.2	Seleccionar responsable de ejecutar la acción	Principal Comité de calidad
3.3	Determinar las causas de la acción correctiva	Responsable asignado
3.4	Seleccionar la acción correctiva	Responsable asignado
3.5	Ejecutar la acción correctiva	Responsable asignado
3.6	Evaluar la acción correctiva	Responsable asignado
3.7	Archivar documentación	Comité de calidad

3.1. Detectar necesidad de una acción correctiva

Se detectan las necesidades de una acción correctiva, revisando las no conformidades, incluyendo incumplimiento de los objetivos, sugerencias de Mejoras de los clientes

Las Acciones Correctivas no deben confundirse con las correcciones. Las correcciones buscan eliminar una no conformidad y las Acciones Correctivas las causas. La Acción Correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse.

Las acciones correctivas son diligenciadas en un “Reporte de no conformidades”.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 12 de 14

3.2 Seleccionar responsable de ejecutar la acción Correctiva

El principal del comité de calidad es el responsable de asignar al responsable de ejecutar la acción correctiva.

3.3. Determinar las causas de la acción correctiva

El responsable de ejecutar la acción analiza el problema, revisa la documentación pertinente y determina las causas que pueden originar la No Conformidad.

3.4. Seleccionar la acción Correctiva

El responsable de la actividad, plantea alternativas, las evalúa, selecciona la más adecuada.

3.5. Ejecutar la acción Correctiva

Una vez seleccionada la acción se ejecuta con el fin de eliminar la(s) causa(s) de la no-conformidad o de la situación indeseable existente.

3.6. Evaluar la acción Correctiva

Después de ejecutarla, el responsable verifica que las acciones tomadas hayan eliminado las causas de la no-conformidad existente y establece los criterios de control.

3.7. Archivar documentación

Si la acción correctiva fue efectiva, se procede a cerrarla, registrarla y archivar la documentación generada. Si no fuese efectiva, se la deja abierta y se plantean otras alternativas hasta que se logre la solución definitiva, repitiendo el procedimiento establecido.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 13 de 14

P.06 ACCION PREVENIVA

1. Objetivo

Este procedimiento describe las actividades que permitan eliminar las causas de una no-conformidad que puedan ocurrir.

2. Alcance

El procedimiento se aplica a cualquier no-conformidad que puede afectar el sistema de gestión de calidad

3. DESCRIPCION DEL PROCESO

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
3.1	Detectar necesidad de una acción preventiva	Todos
3.2	Seleccionar responsable de ejecutar la acción	Principal Comité de calidad
3.3	Determinar las causas de la acción preventiva	Responsable asignado
3.4	Seleccionar la acción preventiva	Responsable asignado
3.5	Ejecutar la acción preventiva	Responsable asignado
3.6	Evaluar la acción preventiva	Responsable asignado
3.7	Archivar documentación	Comité de calidad

3.1. Detectar necesidad de una acción preventiva

Se detectan las necesidades de una acción preventiva, revisando las no conformidades, incluyendo incumplimiento de los objetivos, sugerencias de Mejoras de los clientes

Las acciones preventivas son diligenciadas en un Reporte de potenciales no conformidades.

3.2 Seleccionar responsable de ejecutar la acción Preventiva

El principal del comité de calidad es el responsable de asignar al responsable de ejecutar la acción preventiva.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VERSION: MP_0

Página 14 de 14

3.3. Determinar las causas de la acción preventiva

El responsable de ejecutar la acción analiza el problema, revisa la documentación pertinente y determina las causas que pueden originar la No Conformidad o la situación indeseable.

3.4. Seleccionar la acción preventiva

El responsable de la actividad, plantea alternativas, las evalúa, selecciona la más adecuada.

3.5. Ejecutar la acción preventiva

Una vez seleccionada la acción se ejecuta con el fin de eliminar las causas de la no-conformidad o de la situación indeseable potencial.

3.6. Evaluar la acción preventiva

Después de ejecutarla, el responsable verifica que las acciones tomadas hayan eliminado las causas de la no-conformidad existente y establece los criterios de control.

3.7. Archivar documentación

Si la acción correctiva fue efectiva, se procede a cerrarla, registrarla y archivar la documentación generada. Si no fuese efectiva, se la deja abierta y se plantean otras alternativas hasta que se logre la solución definitiva, repitiendo el procedimiento establecido.